منع الارتداد

للسلوكيات الإدمانية بعد الإقلاع عنها

إعداد

دكتور / علي عبدالله علي مسافر

دكتوراة في الصحة النفسية

(تخصص إرشاد نفسي لذوي الاحتياجات الخاصة)

الطبعة الأولى

٢٠٠٧ م



دار السحاب للنشر والتوزيع

٨ شارع محمد السادات - النزهة الجديدة
شقة ١ خلف شركة بتروجيت
جمهورية مصر العربية

ت/ ٦٢٠٢١٨٩ فاكس/ ٦٢٢٤٩٥٧ محمول/ ٠١٠٥٧٠٠٣٣٦

www.elsahab.com
Email: info@elsahab.com

إهداء

- إلى شباب العالم الإسلامي والأمة العربية الذين وقعوا في براثن العادات الإدمانية ويريدون عوناً على التخلص منها ونصيراً على عدم الارتداد والرجوع إليها،
- إلى الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين ،
- إلى آباء وأولياء أمور المراهقين من المدخنين والمدمنين

مقدمة

كثيرون هم أولئك الذين سقطوا في براثن الإدمان. وكثيرون هم أولئك الذين استحوذ عليهم الشيطان وأجلب عليهم بخيله ورجلـه وراح يـؤزهم أزاً ويدفعهم دفعاً ويَدُعُّهم دعاً للسقوط في تلك الهاوية. وكثيرون هم أولئك الشباب والمراهقون الذين يدفعهم التقليد الأعمى وقرناء السوء وحب الظهور ولفـت الانتباه واللعب والاستهتار والتجريب إلى سلوك ذلك السبيل الخطـر الـوعر والسقوط والتردي في هاوية الإدمان. وأكثر منهم أولئك الذين يندمون علـى سلوك ذلك السبيل، بل على مجرد التفكير في سلوكه بله اقتحامه والهرولة فيه ، فراحوا يعضون أناملهم ويقرعون أسنانهم، ويتجرعون كئوس الندم حيث لا ينفع الندم؛ ولاتَ ساعةَ مَنْدَم.

وكثيرون هم أولئك الذين يفيقون من غفوتهم محاولين النهـوض مـن كبوتهم والرجوع والعودة عن ذلك السبيل الذي يكمن فـي نهايتـه الهـلاك المحتوم. وكثيرون هم أولئك يحاولون أن يتخلصـوا مـن شـباك الإدمـان والعادات الإدمانية، إلا أن القليل منهم، بل أقل من القليل، هم الذين يصمدون حتى النهاية فيعتقوا رقابهم من غُل الإدمان ويفكوا أنفسهم من أسر السلوكيات والعادات الإدمانية. إذ سرعان ما ينكص معظمهم على أعقابهم ويرتدوا على أدبارهم ويعودوا أدراجهم. فينخرطون في السلوكيات الإدمانية من جديد بعـد أن أقلعوا عنها لأجل مسمى. بل ربما يعودون إلى تلك السلوكيات بشكل أشد ضراوةً وأكثر كثافةً من ذي قبل. فليت شعري أيـن هـؤلاء مـن أسـلافهم الصالحين الذين أخضعوا شهواتهم لإراداتهم، بعـد أن أخضـعوا شـهواتهم وإراداتهم لمراد الله في المقام الأول؛ وما حديث تحريم الخمر عـن الجميـع ببعيد.

والعودة إلى السلوكيات الإدمانية بعد الإقلاع عنها هو ما نقصد به الارتداد ها هنا. والارتداد مشكلة خطيرة بل، من أخطر المشكلات التي تواجه المعالجين النفسيين والمهتمين بالإرشاد النفسي وتعديل السلوك بصفةٍ عامة والعاملين في مجال علاج السلوكيات الإدمانية بصفة خاصة.

ويحاول هذا الكتاب أن يأخذ بيد الجميع لمواجهة هذه المشكلة منطلقاً من فهم المشكلة وطبيعتها ومحاولاً منعها مستفيداً من الأبحاث والدراسات التي أجريت في هذا المجال والتي تفترض أن معدلات الارتداد وأشكال منحنياته تتشابه عبر السلوكيات الإدمانية. وقد حاول أن يغوص فيما وراء ذلك من خلال تحديد أوجه التشابه في عملية الارتداد، والإشارة إلى الحاجة إلى مزيد من المعلومات بخصوص تاريخ طبيعة الزلة والارتداد ومحدداتهما، ونتائجهما، ومنعهما، وقد عرضنا طرقاً خاصة للتعامل مع الارتداد في كل مرحلة من مراحله. وقدم الكتاب نماذج لمنع الارتداد أعدها متخصصون في هذا المجال؛ إذ قدم نموذجاً معرفياً سلوكياً لعملية الارتداد. وكذلك قدم مدخلاً مفصلاً للتدريب على مهارات المواجهة، ومدخلاً شاملاً لتغيير أسلوب الحياة لمواجهة الارتداد. ويظهر هذا الكتاب أهمية التفاعل بين المعالجين النفسيين والباحثين في مناطق ومجالات مختلفة ويدعو إلى مزيد من هذا التفاعل. فما كان من توفيق فمن الله وحده، وهو حسبنا ونعم الوكيل، وعليه قصد السبيل.

علي مسافر

الفصل الأول

فهـم الارتـداد ومنـعه



فهم الارتداد ومنعه*

لا شك أن مشكلة الارتداد كانت ولا تزال أحد أكبر التحديات التي تواجه العاملين في مجال السلوكيات المرتبطة بالصحة؛ ولاسيما الاضطرابات المرتبطة بالإدمان. *(Brownell, 1982; Rodin, 1981; Wilson, 1980)*

وهدفنا هاهنا هو التركيز على الارتداد من خلال متكاملة وتوفيقية لبعض الأبحاث التي تناولت الارتداد. وسوف نناقش بعون الله تعالى تاريخ الارتداد ومحدداته وآثاره، وطرق مواجهته ومنعه. سعياً إلى تطوير نموذج لمنع الارتداد.

أوجه التشابه والاختلاف في السلوكيات الإدمانية:
Commonalities and differences in the Addictions

يوجد كثير من أوجه الاختلاف بين الاضطرابات الإدمانية المختلفة، ولذلك يوجد اختلافات بين الأفراد الذين يعانون من نفس الاضطراب. فعلى سبيل المثال قد تسهم الجينات في اضطرابات تعاطي الكحول والسمنة *(Stunkard, et al. 1986)* وذلك يشي بسلوكهما مسلكاً خاصاً في تطورهما. وربما توجد اختلافات أساسية في تأثير النيكوتين والكحول *(Ashton & Stepney, 1982; Pomerleau & Pomerleau, 1984)*

(Brownell et al., 1986)

كما أن سوء استخدام الطعام يناسب مفاهيم من قبيل الاعتماد البدني والانسحاب. كما تتنوع أهداف العلاج من منع السلوك المستهدف في بعض الحالات أو تخفيفه في حالات أخرى.

كما أن الفروق الفردية في الإدمان مؤثرة جداً. ومن أمثلة ذلك الاستجابات المتغيرة للعلاج. كما أن هناك فروق مذهلة في أنماط الاستخدام أو التعاطي. فبعض المدخنين ومتعاطي الكحول والمسرفين في الأكل ينخرطون في استهلاك المواد على نحو يتسم بالثبات في حين أن الآخرين تتغير أنماط الاستهلاك أو التعاطي لديهم. كما أن خليطاً من العناصر النفسية والبدنية والاجتماعية والبيئية قد تؤدي إلى إدمان أفراد مختلفين لنفس المادة. وأخيراً فإن عمليات مختلفة قد تحكم المبادرة بالاضطراب المتمثل في البدء في الإدمان والاستمرار فيه.

كما أن هناك تأكيد متزايد على القواسم المشتركة. وأحد الأسباب هو أن معدلات الارتداد تبدو متشابهة جداً بالنسبة للمدخنين ومدمني الكحول والهيروين. ***(Marlat & Gordon, 1985)*** وربما توجد محددات عامة للارتداد. ***(Cummings et al. 1980)*** وتفترض تلك العوامل أن هناك أوجه تشابه بين الاضطرابات الإدمانية. وربما يؤدي النظر إلى تلك الاضطرابات من زوايا متعددة ووجهات نظر مختلفة إلى تحسين فرص واحتمالات إحراز تقدم. ***(Levison et al. 1983; Marlat & Gordon 1985; Miller, 1980)***

ولعل من الصعب علينا أن نجيب على التساؤل بخصوص هل السلوكيات الإدمانية تتشابه أكثر مما تختلف. فلربما كان الأمر كذلك، فعلى

سبيل المثال توجد تكيفات نفسية مع الضغوط البدنية المختلفة. وربما كان النيكوتين بمثابة القضية الأساسية لدى المدخن، والترهل والسمنة المفرطة لدى من يسرف في الأكل، واضطراب الهضم لدى من يدمن الكحول، ولكن ربما توجد مثيرات اجتماعية أو نفسية للارتداد، أو ردود فعل عاطفية للزلات الأولية، ومشكلات بخصوص استعادة السيطرة. ونتمنى أن نركز على الارتداد بأن نضع في اعتبارنا كلاً من أوجه التشابه والاختلاف فلربما يؤدي ذلك إلى انبعاث أفكار مرتبطة بالمفاهيم وأفكار علمية ما كان لها أن ترى النور إذا اقتصرت معرفتنا على أي مجال واحد فحسب.

المدى والتعريف: *Rates and Definition*

يفترض أن تتراوح نسب الارتداد في السلوكيات الإدمانية بين ٥٠%، ٩٠% ***(Hunt et al., 1971; Hunt & Matarazzo, 1973; Marlat & Gordon , 1980; 1985)*** ولعل ذلك يجسد أهمية وخطورة وجسامة المشكلة. ومع ذلك فإن تحديد مدى معين يعتبر أمراً بالغ الصعوبة. إذ تختفي بين تلك المتوسطات وفي جنباتها كثير من التنوعات والاختلافات. ويعتمد المدى والنسب والمعدلات على خصائص الإدمان، والمتغيرات الفردية، ونجاح العلاج... الخ .

وبشكلٍ عام فإن الأرقام المذكورة فيما يتعلق بالارتداد قد تبالغ في النسب أو تنتقص منها وتقللها . فمعظم البيانات مستقاة من البرامج الإكلينيكية، ولذا فإن النسبة المبنية عليها ترتكز على أولئك الذين تلقوا العلاج. وربما يؤدي ذلك إلى تضخيم وتهويل المشكلة لأن المعالجين لا يرون إلا الحالات الصعبة فقط، ولأن محاولة واحدة فقط من محاولات التغيير هي التي

تحظى بالدراسة والتحليل *(Schachter, 1982)* فـي حـين أن الغالبيـة العظمى من الأفراد الذين يتغيرون يفعلون ذلك بمفردهم. *(Ockene, 1984)* كما أن تلك البيانات يمكن أن تقلل من المشـكلة؛ لأن البـرامج الإكلينيكيـة يحتمل أن تحرص على تقديم نتائج إيجابية لكي وأن تعرض أساليب عـلاج فعالة. وبالإضافة إلى ذلك فإن معايير متنوعة تستخدم لتحديـد أو تعريـف الارتداد.

الزلة والارتداد: العملية في مقابل النتيجة:

Lapse and Relapse – Process Versus Outcome

هناك تعريفان للارتداد يركزان على طبيعة الارتداد وحدته أو شدته . أولهما يعرفه على انه "**تكرار أعراض المرض بعد فترة من التحسن.** "ويركز هذا التعريف على النتيجة ويتضمن وجهة نظر ذا شقين. لأن الفرد إما أن يكون مريضاً ولديه أعراض أو أن يكون سليماً وليس لديـه أعـراض. ويعرفـه التعريف الثاني على أنه "**فعل أو حالة الرجوع أو الانحدار إلى السوء مرة ثانية.**" وهذا التعريف يركز على العملية ويضمن شيئاً أقل خطورة من قبيل الزلة أو الخطأ.

واختيار التعريف الذي يرتكز على العملية أو على النتيجة له دلالات مهمة في فهم ومنع وعلاج الارتداد. ونحن هاهنا نفترض أن الزلـة ربمـا تصف في أحسن أحوالها عمليةً أو سلوكاً أو حدثاً. *(Marlatt & Gordon, 1985)* ويعرف قاموس وبسترز *Webster's* الزلة على أنها خطأ صغير أو سقوط مؤقت من مستوى مرتفع إلى مستوى أقل منه. "والزلـة حـدث فردي، أو إعادة انبعاث لعادة ماضية والتي ربما تـؤدي أو لا تـؤدي إلـى الارتداد. وعندما يعرف الخطأ على أنه زلة، فإن هذا يتضمن إمكانية حدوث

التصويب والتصحيح، لا أن الضبط والسيطرة قد فقدا تماماً .وثمة تأييد لهذا التحديد والتمييز لدى المدخنين. *(Coppoteli & Orleans, 1985; Mermelstein & Lichtenstein, 1983)* وكذلك لدى المسرفين في تناول الطعام *(Dubert & Wilson, 1984)* ففي تلك الحالات وجدت محددات مختلفة بين الزلة والارتداد.

والتحدي الحقيقي في هذا المدخل هو تحديد متى تتحول الزلة أو الزلات إلى ارتداد كامل. فربما يفقد مدخن سابق السيطرة مع أول انتهاك للإقلاع عن التدخين، في حين أن مدخناً آخر ربما يتمكن من أن يدخن سيجارة كل شهر دون أن يفقد السيطرة. ومن ثم يمكن تعريف الزلة على نحو أكثر صرامةً على أنها تعاطي المادة التي تم الإقلاع أو الامتناع عنها في حالة التدخين أو تعاطي الكحول، أو انتهاك حدود وتعليمات البرنامج في حالة من يلتزم ببرنامج حمية. واستجابة الفرد لتلك الزلات هي التي تحدد ما إذا كان الارتداد سيحدث أم لا. ويختلف ذلك من شخص لآخر، ويمكن تحديده وتعريفه على أنه الفقد المدرَك للضبط أو السيطرة وحتى الآن لا توجد أدوات قياس يمكن الاعتماد عليها في تقدير ذلك. ولذا فإن البحث في هذا المجال يعتبر أمراً بالغ الأهمية.

طبيعة وعملية الارتداد: *The Nature and Process of Relapse*

لعله مما يثير الدهشة بحق أنن لا نعرف إلا قليلاً عن الارتداد في طبيعته الحالية. إذ أن معظم المعلومات المتوافرة لدينا مستقاة من برامج علاجية استخدمت فيها أساليب مختلفة ومع عينات مختلفة. ولذا يصعب عزل

العناصر التي قد تسبب الارتداد .وقد قام قليل من الباحثين بتقديرات تتسم بالحذر للمرضى الذين يزداد احتمال ارتدادهم لاسيما في الفترات التي تعقب نهاية البرامج العلاجية. إذ تعتبر فترة المتابعة هي وسيلة الاتصال الوحيدة مع المرضى في معظم الدراسات. ولذا فإننا بحاجة إلى تقديرات مكثفة ومترددة. ولذا فإن معرفة المزيد عن طبيعة وعملية الارتداد يعتبر أمراً بالغ الأهمية.

الحاجة إلى تاريخ طبيعة الارتداد: *the Need for a Natural History*

إن الصورة التقليدية للارتداد تمثل امرءاً على شفا جرفٍ هارٍ يوشك أن ينهار به أو على حافة جبل يوشك أن يهوي من عليها. ويمكن أن تسهم أبسط الأشياء وأصغر الهفوات في إحداث ذلك السقوط والتردي الذي لا صعود بعده. فالفرد الذي يقف على حافة الارتداد دائماً ما يكون على أتم استعداد للسقوط تحت أي مثير من المثيرات التي تبعث على الضيق أو التنغيص. وربما تكون هناك أسباب نفسية أو بدنية أو اجتماعية لذلك الانزعاج أو الضيق أو التنغيص، ولكن المحصلة هي ما يحدث في النهاية. فالزلة تخلق زخماً وقوة دافعةً مما يجعل حدوث الارتداد الكامل أمراً أكيداً.

وربما تكون تلك الصورة التقليدية غير دقيقة. فهي لا تشرح وتفسر سبب حدوث الارتداد تحت نفس الظروف التي تجاوزها الفرد وسيطر عليها من قبل. فعلى سبيل المثال يمكن أن تؤدي وليمة ما إلى ارتداد الفرد عن الحمية، ولكن ربما يكون ذلك الفرد قد عوفي من آثار ولائم مشابهة في الماضي. وربما يرتد المدخن عندما تقدم له سيجارة، ولكن ربما توجد حالات مماثلة رفض فيها ذلك المدخن السيجارة المعروضة عليه أو منع الزلة من

التحول إلى ارتداد كامل. كما أن تلك الصورة ترتكز على ملاحظات أولئك الذين ارتدوا وسقطوا في حبائل وشراك الارتداد، وليس على ملاحظات أولئك الذين استعصوا على الارتداد؛ ولذا تندر فيها رؤية العلاج الشافي، أوالجواب الكافي، أو الدواء الناجح الناجع.

والمعلومات بخصوص تاريخ طبيعة الارتداد يمكن أن توجه السؤال بخصوص ما إذا كان احتمال الارتداد سيزداد أو سنخفض ويقل ويتناقص بمرور الزمن. فإذا حدث الارتداد بعد نهاية العلاج فإن ذلك ينذر بزيادة احتمال الارتداد بمرور الزمن. وإذا صدقت تلك الصورة المشار إليها آنفاً فإن فرصة الارتداد ستزداد بمرور الزمن ببساطة لأن قدراً كبيراً من الضيق والانزعاج قد يحدث. ومع ذلك فإن المرء يمكن أن يلاحظ ويراقب أن الفرد يتعلم المواجهة على نحو فعال بمرور الزمن، وأن أولئك الذين يصمدون ويقاومون في الفترات الأولى هم أولئك الذين سينجحون ويحتفظون بالإقلاع أو الامتناع. وإلى المدى الذي عنده تساهم الأعراض الانسحابية في تسريع حدوث الارتداد لاسيما في حالات التدخين وتعاطي الكحول، فإن الارتداد ويقل بينما يتكيف الجسم مع غياب المادة المسببة للإدمان.

وفي هذا السياق يبرز مصطلح "النقطة الآمنة" ويقصد بها تلك النقطة التي يزداد احتمال حدوث الارتداد قبلها ويتناقص بعدها. وفي دراسة هانت وآخرين ***(Hunt et al., 1971)*** والتي أجريت على عينة من مدمني الهروين والتدخين والكحول، وجد أن منحنيات الارتداد قد استقرت بعد الشهور الثلاثة الأولى. وهذا يبعث على استنتاج أن الأفراد الذين يحتفظون بالامتناع لمدة ثلاثة أشهر يزداد احتمال نجاحهم فيما بعد، ولكن مزيداً من

الدراسات الحديثة لا تؤيد نظرية نقطـــة آمنـــة محـــددة. ***(Lichtenstein& Rodrigues, 1977; Wilson& Brownel, 1985)*** فتحديد وتعريف مثـــل تلك النقط سوف يتضمن نقاطاً مهمة من حيث المفهوم من الناحيـــة العمليـــة، ولذا فإن هذا المجال لا يزال بحاجة إلى مزيد من الدراسات. ولعـــل تفســـير منحنيات الارتداد يكون أولى الخطوات على هذا السبيل.

إن الأرقام والأشكال يجب أن تفسر في ضوء عدة حقائق. فمتوسطات المجموعات لا تمثل الأفراد. فقد وجد مارلـــت وآخـــرون ***(Marlatt et al. 1984)*** أن معدلات الامتناع عن التدخين وصلت ٢١% بعد الإقلاع بأربعة أشهر وكذلك كان الحال بعد الإقلاع باثني عشر شهراً. وقد تضمن هـــذا أن نسب أو معدلات الارتداد قد ظلت ثابتةً مظهرةً نقطة آمنة عند أربعة أشهر. ومع ذلك فإن نسبة الواحد وعشرون بالمائة (٢١%) اشتملت علـــى أفـــراد مختلفين في هاتين المرتين، فقد انتقل بعض الأفراد من الامتناع إلى الارتداد، وفي نفس الوقت تحركت أعداد مساوية من الأفراد في الاتجاه المضاد. كمـــا أن الطبيعة الكمية للمنحنيات تتضمن أن الفر الذي يرتد سوق يبقى كما هـــو، في حين أن منحنيات الإفلات من الارتداد تتسارع وتيرتها على نحو ســـلبي بطبيعتها. فقد لاحظ سكاتشتر ***(Schachter, 1982)*** أن الشـــفاء يحـــدث لكثير من الأفراد بعد الارتداد .كما أن احتمال النجاة من الارتـــداد بالنســـبة للمجموعة كلها يزداد بمرور الزمن، لأن الأفراد الذين يعتبرون أكثر عرضةً لخطر الارتداد هم الأكثر احتمالاً لعدم إكمال الدراسة. ولذا فمن المحتمل أن تتمكن الأبحاث المستقبلية من تطوير خط زمني لعملية الارتداد ومن تحديد ما إذا كانت هناك نقاط آمنة أم لا.

وتوجد بعض المعلومات في تاريخ طبيعة السلوكيات الإدمانية.إذ أشار تقرير فيلانت *(Vaillant, 1983)* إلى أهمية العوامل الثقافية والعرقية في موضوع إدمان الكحول. إذ أن الكثير من العوامل الشخصية والبيئية قد أثرت في احتمال الإفراط في التعاطي. وكان واضحاً من تلك البيانات أن الزلة لا تتحول بالضرورة إلى ارتداد كامل وأن التحول كان له محددات كثيرة.

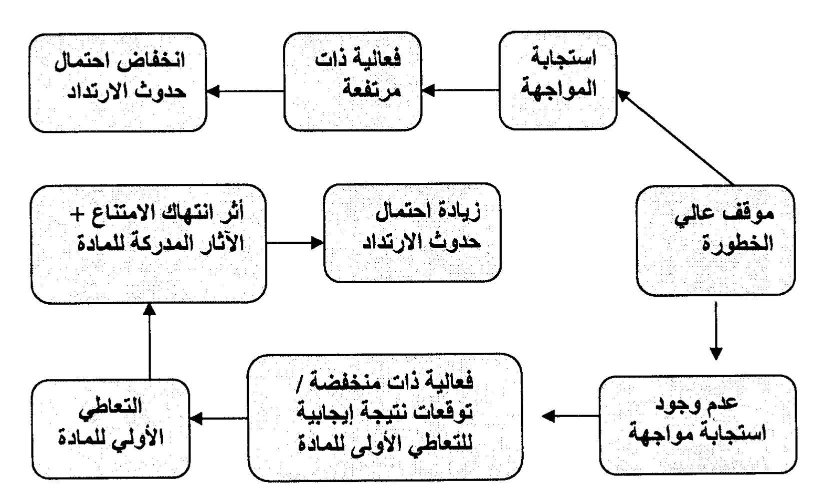
وقام سكاتشتر *(Schachter, 1982)* بمقابلة ١٦١ شخصاً من قسم علم النفس في جامعة كولومبيا ومن ملجأ جماعي. وأظهر هؤلاء الأفـــراد معدلات ونسب نجاح أعلى في الالتزام بالحمية والإقلاع عن التدخين من تلك التي افترضها التراث النظري. وفي أغلب الحالات حدثت كل النجاحات التي تحققت دون مساعدة من المتخصصين. ورغم أن الطرق التي اتبعها سكاتشتر كانت محل نقاش وموضع خلاف فإنا قد أحرز عدة نقاط مهمة: فقد لاحظ:

أولاً: أن معدلات الشفاء أو النجاح ترتكز على العينـــات الإكلينيكيـــة، وأن الذين يقلعون من تلقاء أنفسهم ربما يختلفون عن الذين يقلعون بمســـاعدة المعالجين، وجدير بالذكر أن هذه الفكرة قد حظيت بالتأييد من دراســـة ديكليمنت وبروتشاسكا. *(Diclemente & Prochaska, 1982)*

ثانياً: لاحظ أن كثيراً من الذين أقلعوا بنجاح قد قاموا بعدة محاولات للتغيير قبل النجاح في النهاية .

واختبر مارلت وجـــوردون تـــاريخ طبيعـــة الزلـــة. *(Marlatt & Gordon, 1980; 1985)* وكانت نقطة انطلاقهما ما أطلقا عليه مصطلح المواقف عالية الخطورة.فغياب استجابة المواجهة يؤدي إلى انخفاض مستوى

فعالية الذات. **(Bandura, 1977b)** ، ثم يلي ذلك تعاطي المادة، ثم الظاهرة التي أسمياها" أثر انتهاك الامتناع" وتتضمن هذه الظاهرة فقد السيطرة الذي يعقب انتهاك القواعد المفروضة ذاتياً. والنتيجة النهائية لهذه العملية هي زيادة احتمال حدوث الارتداد. وأظهرت البيانات المستقاة من تحليل قصص الارتداد عند المدخنين فروقاً ذات دلالة إحصائية في عزو الزلات بين المفحوصين الذين زلوا (قاموا بتدخين سيجارة واحدة على الأقل) ثم استعادوا الامتناع وأولئك الذين تكررت زلاتهم. **(Goldstein et al., 1984)** إذ أن الأفراد الذين ارتدوا أرجعوا الذلات للعزو الداخلي. ويعتبر هذا النموذج مفيداً في فهم وصياغة عملية الارتداد من النقطة التي يكون الفرد فيها في موقف عالي الخطورة.



شكل (١) نموذج معرفي سلوكي لعملية الارتداد مبتدئاً بالتعرض للمواقف عالية الخطورة.

ويأخذ نموذج *مارلت وجوردن (١٩٨٥)* بعين الاعتبار المحددات المتعددة للمواقف عالية الخطورة ولكنه يركز بعد ذلك على العمليات المعرفية. كما أن العوامل الأخرى من عوامل الطبيعة النفسية أو البيئية ربما تكون مهمة. فعلى سبيل يمكن أن يؤدي استخدام النيكوتين أو الكحول بعد فترة من الامتناع إلى خلق حاجة نفسية لمزيد من الاستخدام. ومن الأمثلة البيئية مثال ذلك المدخن الذي قد تحدث له زلة في موقف اجتماعي يدخن فيه الآخرون. كما أن المثيرات الناتجة عن هذا الاستخدام ربما تستثير مزيداً من الاستخدام .فقد وجد جرانبرج وآخرون ***(Grunburg et al.,1985)*** أن هناك آثاراً قوية للنيكوتين على تنظيم وزن الجسم والمراجع أو المصادر الغذائية لدى كل من البشر والحيوانات. وبالإضافة إلى ذلك فإن الإقلاع عن التدخين ربما يخلق ضغطاً نفسياً لتغيير الطعام المستهلك وزيادة الوزن. وهذا بدوره له نتائج نفسية وبيئية يمكن أن تسهم في تسريع حدوث الارتداد. ولذا فمن المهم أن نضع نصب أعيننا تفاعل العوامل الفردية والبيئية والنفسية في كل المراحل التي تمر بها عملية التغيير.

وما زال أمامنا الكثير من الأشياء التي يجب أن نتعلمها بخصوص تاريخ طبيعة الارتداد. فنحن بحاجة إلى مزيد من المعلومات الوصفية بخصوص الزلات وارتباطها بالارتداد. وهذا ليس بحثاً سهلاً لأن العمل يجب أن يكون مفعماً بالأمل كما أن العمل الكمي والنوعي أو الكيفي يجب أن يمزج كل مهما بالآخر. وخير مثال على ذلك أن ليتشتنستين ***(Lichtenstein,1984)*** تتبع المدخنين الذين تلقوا علاجاً في فترات فاصلة ١- ، ٢ - ، ٣ - ،٦ - ، ١٢- شهراً من خلال مكالمات تليفونية. وقد وجد

أن حالات الارتداد قد سبقتها زلات لدى ٤١ مفحوصاً أنهم تعرضوا للــزلات ولكن لم يحدث الارتداد. ولا ريب أن مزيداً من المعلومات من هــذا القبيــل ستكون مفيدة جداً.

مراحل التغيير: *Stages of Change*

لقد بذلت كثير من المحاولات لتقسيم عملية التغيير إلى مراحــل. ويوجــد على الأقل ثلاث مراحل أساسية رغم الخلافات الكثيرة في وجهات النظر بهذا الخصوص.

وفى البداية افترض هورن ***(Horn,1976)*** أن التغيير يحدث على أربعة مراحل فى الإقلاع عن التدخين:

أ – التفكير في الإقلاع ب – اتخاذ القرار بالإقلاع

جـ – قصير المدى د- لتغير طويل المدى

وهذا النموذج مشابه للنموذج ذي الثلاث مراحل الذى اقترحه ديكليمنت وبروتشاسكا ***(Diclemente & Prochaska,1982)***، و روزن وشيبلى ***(Rosen & Shipley, 1983)*** ومارلت وجوردن ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** والذى يتضمن:

أ – قرار التغيير والالتزام به. ب – التغيير الأولى.

جـ – الاحتفاظ بالتغيير.

وجدير بالذكر أن بروتشاسكا وديكليمنت قد قاما بأدق الأعمال في هذا المجال. من خلال تقويم نماذج مراحل الاقلاع عن التدخين بشكل عام. وقام

بروتشاسكا (Prochaska,1979) بمراجعة نتائج ٣٠٠ دراسة علاجية وافترض خمسة مراحل، ثلاثة منها تتضمن عمليات لفظية، واثنتان منها تتضمنان عمليات سلوكية. واستخدم ديكليمنت وبروتشاسكا (Diclemente & Prochaska,1982) هذا النموذج لمقارنة المدخنين الذين اقلعوا عن التدخين بمفردهم بأولئك الذين استخدموا برامج اقتصادية. وقد عرضا المراحل الثلاثة المشار إليها آنفاً وصفا ست عمليات لفظية و أربعة عمليات سلوكية في داخل تلك المراحل. واقترح بروتشاسكا وديكليمنت (Prochaska& Diclemente, 1983; 1984) خمسة مراحل:

أ - ما قبل التفكير. ب - التفكير. جـ - الفعل.
د - الاحتفاظ. هـ - الارتداد.

ولا شك أننا بحاجة لمزيد من العمل لاختبار فائدة النماذج المتنوعة للمراحل. فتلك النماذج متشابهة من عدة نواحي .فكل نموذج يحتوي على مرحلة على الأقل تكون فيها الدافعية والالتزام مهمين ورئيسيين، ثم يعقب ذلك تغيير أولي ثم الاحتفاظ بهذا التغيير، ولذا فإننا سوف نستخدم هذه المراحل الثلاثة الأساسية فيما بعد في وصف منع الارتداد. وأياً ما كان نموذج المرحلة السائد فإننا نشعر أن الارتداد يجب أن ينظر إليه في ضوء المراحل التي تسبقه. وهذا سيجذب الانتباه إلى أهمية كثير من العوامل التي تؤثر على النجاح طويل المدى.

وربما يكون نموذج المراحل مهماً للارتداد نفسه .فربما يتضمن نموذج ما الوقت السابق لحدوث الزلة، أو الزلة نفسها أو الفترة التي يرتد فيها الفرد أو لا يرتد.

وثمة تقدم آخر بالغ الأهمية وتمثل في تأكيد بروتشاسكا وديكليمنت *(Prochaska & Diclemente, 1982;1984)*على نموذج دائري في التغيير بدلاً من التركيز على النموذج الطولي. فالنماذج الطولية تحتوي على مراحل تحدث في تتابع معين ويحدث الارتداد في المراحل في المرحلة الأخيرة. في حين أن النموذج الدائري يظهر أن الارتداد يؤدي مرة أخرى إلى مرحلة مبكرة يمكن أن ينطلق منها المرء مرة ثانية في محاولة أخرى للتغيير. ولذا يمكن أن ينظر إلى الارتداد نظرةً أقل سلبيةً من هذا المنظور؛ إذ أن الفرد قد يكتسب معلومات ومهارات قد تكون مفيدة فيما بعد وهذا يتفق مع رأي **سكاتشتر** والذي ينص على أن نجاح معظم الأفراد قد أتى بعد عدة مرات من الارتداد. *(Schachter,1982)* بل إن البعض يعتبرون أن الارتداد ف بعض الحالات قد يكون خطوة ضرورية على طريق النجاح. وإن كنا لا نتفق مع هؤلاء إلا أننا نشعر بأن الارتداد ربما يوفر خبرة قيمة يجب أن يتعلم منها الأفراد الذين سقطوا في حبائل الارتداد.

نتائج الارتداد: *The Consequences of Relapse*

يمكن أن يستثير الارتداد عدة استجابات لدى الفرد. ويفترض أن تكون تلك الاستجابات سلبية، ولكن ربما لا يكون ذلك صحيحاً في كل الحالات. وهذا موضوع مهم لأن تلك الاستجابات ربما تحدد احتمال النجاح في محاولات التغيير التالية.

وربما يبدو للوهلة الأولى أن الارتداد له آثار عاطفية سلبية. فالإحباط وخيبة الأمل واليأس ولوم الذات أشياء واضحة لدى أولئك الذين سقطوا في

شراك الارتداد. وربما يتسرب الحزن والتعاسة إلى الأسرة والأصدقاء، بل وربما يصبحون غاضبين حانقين على ذلك الفرد. ومع ذلك يمكن أن يحدث التعلم أثناء الارتداد أو قبله فيكون الارتداد بمثابة الضارة النافعة. إذ قد يتضمن في حناياه بعض المنافع والفوائد .فعلى سبيل المثال تتبعت دراسة براونيل وستانكارد ***(Brownell & Stankard,1981)*** الإحباط لدى الأفراد الذين انخرطوا في برنامج حمية وأحرزوا نقصاً في الوزن ثم ازداد وزنهم مرةً ثانية. ووجدت الدراسة أن درجات الإحباط انخفضت بانخفاض الوزن ونقصه، ولكنها أخذت في الزيادة حتى وصلت إلى الخط القاعدي عندما حدثت زيادة في الوزن واكتسبت أجسامهم نصف الوزن الذي فقدته. ورغم أن أولئك المفحوصين لم ينجحوا في الحفاظ على المستوى الذي حققوه، فإن التغيير في الحالة المزاجية .ظل إيجابياً.

وربما توجد أيضاً آثار فسيولوجية للارتداد .فعندما يتوقف شخص ما عن التدخين، فإن الجسم يشرع في عملية الشفاء. لأن هناك علاقة بين التدخين والمرض، ولذا فإن مجرد محاولات الإقلاع قد تحقق بعض الفوائد، إذ أن المدخن الذي يقلع عن التدخين ثم يرتد إليه يعتبر على كل المحاور أحسن حالاً من المدخن الذي لم يقلع البتة. ولعل هذا يعتبر أمراً تأملياً ونظرياً، ولكنه يظهر أن هذا الموضوع يستحق مزيداً من الاهتمام.

وربما تكون الصورة مختلفة في مجال نقص الوزن، إذ أن الارتداد قد يكون ذا آثار صحية ومرتبطة بالتمثيل الغذائي.فقد وجدت إحدى الدراسات أن تكرار دورات نقص الوزن وزيادته قد ارتبطت بزيادة فعالية وكفاءة التمثيل الغذائي لدى الحيوانات. ***(Brownell et al. 1986)*** ونتيجة لذلك نقص وزن

الحيوانات بنصف المعدل الذي كان يتناقص به من قبل عندما ألزمت بحمية غذائية رغم أن مقدار الطعام المستهلك ظل ثابتاً في الحالتين وعندما سمح للحيوانات أن تأكل بحرية ازداد وزنها في المرة الثانية بمعدل يزيد عن معدل الزيادة في المرة الأولى بثلاثة أمثال. فالالتزام بالحمية ثم الارتداد جعل من الصعب الالتزام بحمية مرة أخرى .وتشير الدراسات الوبائية إلى أن هناك آثار إيجابية لنقص الوزن على ضغط الدم والكوليسترول والجلوكوز... الخ ***(Simpolous & Van Itallie, 1984)***. ومع ذلك فعندما تكتسب كميات مساوية من الوزن فإن الآثار السلبية على ضغط الدم والكوليسترول ربما تكون أكبر من الآثار الإيجابية عندما يفقد الوزن ***(Ashley & Kannel, 1974)***

هل الارتداد فشل أم مزيد من التعليم؟ إننا نتساءل هل المحاولات المتكررة للتغيير المتبوعة بالارتداد تزيد أم تنقص من فرص واحتمالات النجاح فيما بعد. ثمة دليل على أن الأفراد الذين التزموا ببرنامج حمية عدة مرات يعانون من مستوى متدني من التنبؤ بالشفاء ***(Jeffery, et al., 1984; 1985)*** وإن كان دوبرت وويلسون لم يجدا تلك النتيجة. ***(Dubbert & Wilson, 1764)*** فلربما يصبح الارتداد فشلاً يدعم ويعزز نظرة الفرد للمشكلة على أنها وراء حدود إمكانياته وتزيد على أقصى ما في وسعه من جهد. ومع ذلك فإن الارتداد ربما يتضمن نتائج إيجابية إذا كان من شأنه أن يهيء الفرد ويعده ويجهزه بطريقة أو بأخرى للنجاح فيما بعد. وهذه النظرة المتفائلة تتناسق وتتناغم افتراض سكاتشتر ***(Schachter, 1982)*** الذي ينص على أن عدة محاولات قد تسبق النجاح لدى كثير من الناس. فربما يكتسب الفرد الذي سقط في حبائل الارتداد معلومات عن نقاط ضعفه وربما

يتعلم طرقاً لمنع الارتداد بل ولمنع حدوث الزلات في المستقبل.

وتلك النظرة ربما تكون مفيدة لكل من المرضى والمتخصصين .فإذا كان الارتداد خبرة بناءةً فإن البرامج التي تشتمل على ارتداد مبرمج تعتبر مبررة ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** وهذا المدخل يتضمن تخطيط وتنفيذ الارتداد، الذي ربما لا يحدث أصلاً، لتعليم المرضى كيفية التعامل معه والتخلص منه من خلال فنيات الضبط الذاتي والتنظيم الذاتي. وسوف نناقش هذا المدخل بمزيد من التفصيل فيما بعد.

ولعل من النقاط الهامة التي لم تلق اهتماماً كبيراً تأثير الأفراد الذين سقطوا فريسةً للارتداد على المتخصصين الذين يعالجونهم. فلا ريب أن تتبع المرضى خلال المد والجزر والارتفاع والانحسار بين النجاح والارتداد قد يكون أمراً محبطاً ومثبطاً لكثير من المعالجين وربما يجعلهم ذلك متشائمين مع مرضى آخرين. ولذا يجب النظر إلى الارتداد على أنه ليس نهاية المطاف وأنه ليس نهاية العالم. وإنما يجب النظر إليه على أنه فشل على المدى القريب ولكنه قد يكون له بعض الآثار الإيجابية على المدى البعيد. وفي هذه الحالة سيحاول معظم المرضى مرات ومرات. ولا شك أن بعضهم – إن لم يكن الكثيرون منهم – سينجحون.

محددات ومنبئات الزلة والارتداد:

Determinants and Predictors of lapse and Relapse

إننا ها هنا بصدد تقديم عدة افتراضات:

أولها: أنه توجد أوجه تشابه في الارتداد عبر الاضطرابات الإدمانية ***(Marlatt & Gordon, 1985)***

ثانيهــا أن ثمة عمليــات مختلفــة تحكــم التغييــر الأولـــي والاحتفــاظ به. *(Bandura 1977b)* وقد أيدت الأبحاث بالدليل هذا الافتــراض في مجال إدمـــان الكحـــول *(Crokite & Moos, 1980; Marlatt & Gordon, 1985)* وفـــي مجـــال التـــدخين *(Lichtenstein,1982; Pomeleau et al. 1978; Shiffman, 1982; 1984)* وفـــي مجـــال السمنة. *(Brownell, 1982; Dubbert & Wilson,1984)*

وثالثها أن خطر الارتداد يحدده تفاعل العوامل الفرديـــة والفســـيولوجية والعوامل المرتبطة بالموقف.

ولعل أول محاولات لتصنيف الارتداد تلك التـــي قـــام بهـــا مارلـــت *(Marlatt,1978)* ومارلـــت وجـــوردون *(Marlatt & Gordon, 1980)*، ***وكامينجز وآخرون*** *(Cummings et al.,1980)* وعلى سبيل المثـــال قامـــت دراسة ***كامينجز وآخرون*** بتقويم حالات الارتداد لدى ٣١١ حالة من حـــالات تعاطي المشروبات الكحولية، وإدمان الهروين. وقد برزت عـــدة محـــددات يمكن تقسيمها إلى فئتين: محددات فردية (داخل الشخص) ***intrapersonal*** ، ومحددات بيئية ***environmental*** ولقي هذا التصـــنيف دعمـــا مـــن الأبحاث التى أجريت فى مجـــال التـــدخين *(Mermelstien & Lichtenstein ,1983 , Shiffman ,1982, 1984)*, وكذلك الدراسات التى أجريت فى مجـــال السمنة *(Dubbert & Wilson, 1984)* ولكن من المهـــم إضـــافة المتغيـــرات البدنية، لأن أهميتها تزداد وضوحاً *(Brownell, 1982; Lichtenstein, 1982, Nathan & Wiens, 1983)*

العوامل الفردية والبينشخصية

Individual and Intrapersonal Factors

الحالات العاطفية السلبية: *Negative emotional states*

يرتبط الوتر والاكتئاب والقلق وغيرها من الحالات العاطفية بالارتداد. فقد وجدت دراسة كـامينجز وآخـرين ***(Cummings et al.,1980)*** أن الحالات العاطفية السلبية كانت وراء ٣٠ % من الحالات الارتداد . وقـام شيفمان ***(Shiffman,1982,1984)*** بتقويم تقارير ٢٦٤ مدخناً من كثيفـي التدخين الذين اتصلوا بالخط الساخن بخصوص الارتداد. وقد تمـت مقابلـة المفحوصين بعد الارتداد مباشرة، ولذا فان تقـاريرهم كانـت حديثـة وان اعتمدت على التقارير الذاتية. وذكر معظم المفحوصين (٧١ %) أنهم مروا بعواطف سلبية قبل الارتداد وكان أكثرها شيوعاً القلـق ويليـه الغضـب أو الإحباط أو الاكتئاب. ***(Shiffman,1982)*** ووجد مرملسـتين وآخـرون ***(Mermelistyen, 1983)*** أن ٤٣ % من حالات الارتداد تحدث تحـت التوتر. وذكرت دراسة ***(Pomerleau etal. 1978)*** أن المدخنين الـذين يلجأون للتدخين لتخفيف المشاعر العاطفية السلبية على خطر عظيم ومتزايـد من الارتداد. وقد أيدت دراسة أبرامز وآخرين***(Abrams, etal,1986)*** هذه الأفكار بأن استخدمت بيانات مستقاة من مصادر بدنية وسلوكية وتقارير ذاتية.

وفـي دراسـة علـى المـدخنين قـام مرملسـتين وليشتنسـتين ***(Mermelstien& Lichtenstein ,1983)*** بدراسة الزلات والارتدادات. ووجدا أن الزلات بشكل عام ترتبط بالعوامل المرتبطة بـالموقف (العوامـل

البيئية) فى حين أن الارتدادات حدثت أثناء الحـالات العاطفيـة السـلبية أو الأحداث المؤدية إلى التوتر. وعندما مزجت البيانـات المسـتقاة مـن تلـك الدراسات التي أجريت على السلوكيات الإدمانية المختلفة يتضح أن الحـالات العاطفية السلبية تزيد من احتمال حدوث الارتداد بشكل كبير. وبشكل أكثـر دقةً وتحديداً فان الحالات المزاجية السلبية ربما تزيد من احتمال تحول الزلات إلى ارتدادات كاملة.

نقص الدافعية *Inadequate Motivation*

لعله من الغريب أن الأبحاث التي تناولت الدافعية والانجاز قليلة جداً. وربما يبدو أن جميع الأفراد الذين يشرعون في التغيير لديهم قدر أكبر وحظ وافر من الدافعية، ولا سيما أولئك الذين ينخرطون في برامج متخصصـة. ومع ذلك فان هناك درجات من الدافعية، ومن المألوف والشائع أن يبدأ الفرد عملية التغيير في فورة الحماس دون تقدير للأثر طويل المدى الذي يمكن أن تشمل عليه هذه العملية. وفى حالات أخرى ربما تكون الدافعية خارجية أكثر منها داخلية، عندما يفرض الضغط الاجتماعي على الفرد محاولات رمزية إن لم تكن حقيقية للتغيير.

وهناك ثلاثة أشكال ترتبط بموضوع الدافعية

الأول: هناك حاجة لتقدير الدافعية بحيث يمكن التنبؤ بالأفراد الذين يعتبـرون على خطر عظيم. وفى حدود علمنا فإن هذا لم يحدث فى مجال الإدمان.

الثـانى: يعتبر فحص الأفراد وغربلتهم بناءً على الدافعية أمراً مهما إذا كان علينا أن نوجه العلاج لأولئك الذين يحتمل أن يثابروا لتحقيق النجاح.

الثالث: ربما تكون طرق زيادة الدافعية متاحة لتحسين استعداد الفرد للتغيير *(Marlatt &Gordon, 1982, Prochaska & Didemente, 1984)*

الاستجابة للعلاج: *Response to treatment*

ثمة دليل على أن الاستجابات الأولى للعلاج يمكن أن تنبئ بالنجاح الذي سيتحقق فيما بعد. فقد ارتبط نقص الوزن في الأسابيع الأولى بالنجاح *(Foreyt et al.,1982, Grahm, etal.,1983,Jeffery,Wing& Stunkard,1978)* ووجدت دراسة بوميرلو وآخرين *(Pomerleau etal,1978)* أن الالتزام في بداية البرنامج ارتبط بنتائج إيجابية عند المدخنين. ووجدت دراسة جلاسجو وآخرين *(Glsgow,etal,1981)* أن التقارير الذاتية عن الالتزام قد ارتبط بالنجاح لدى الأفراد الذين اقلعوا من تلقاء أنفسهم. في حين أن العجز عن الإقلاع عن التدخين في الوقت المحدد والذي تم التوقيع عليه عبر نذير شؤم وسوء. *(Lichtenstien,1982)* ووجد أن هناك علاقة عكسية بين الالتزام المبكر ببرنامج حمية قاسي جداً والذي كاد أن يصبح صياماً كاملاً. *(Wadden,etal ,1983)* فكان أداء الذين كافحوا من أجل تحقيق إلزام متوسط بالبرنامج أفضل على المدى البعيد من أولئك الذين التزموا بالبرنامج التزاماً كاملاً منذ البداية. فعلى ما يبدو واجه الذين التزموا التزاماً صارماً مشكلات في التغلب على الزلة التي أخرها الالتزام الشديد منذ البداية. فربما تخفى الدافعية المرتفعة منذ البداية ضغوطا قوية قد تدفع الى الارتداد. وما أن تتغلب الضغوط الداخلية والخارجية على المقاومة حتى يتنامى ويتعاظم احتمال تحول الزلة إلى ارتداد كامل. أما الذين يكافحون وينافحون من أجل تحقيق مستوى متوسط من الالتزام عبر البرنامج

فإنهم ربما يتحسن أداؤهم فيما بعد لأنهم يستطيعون مواجهة نقـاط الضـعف المؤقتة.

مهارات المواجهة: *Coping Skills*

وجد شيفمان ***(Siffman, 1984)*** أن مهارات المواجهـة المعرفيـة والسلوكية قد ارتبطت بالنجاح لدى المدخنين الذين اتصلوا بالخط الساخن الذي سبقت الإشارة إليه. وتمثلت أكثر الاستجابات شيوعاً وانتشاراً في اسـتهلاك الطعام والشراب والأنشطة التمزيقية. في حين كـان حـديث الـذات أكثـر الاستجابات المعرفية شيوعاً. ووجد شيفمان أن النتيجة ترتبط بسـبع طـرق سلوكية للمواجهة وبخمس طرق معرفية للمواجهة ارتباطاً موجبـاً. ولكـن جميع استراتيجيات المواجهة كانت متساوية تقريباً في فعاليتها.

وثمة دليل عل أن المدخل المعرفي كان مفيداً في مجال ضبط الـوزن في حالة اكتساب الوزن بالنسبة لأولئك الذين تمكنوا من إنقـاص أوزانهـم. ***(Brownell, 1984; Wilson, 1985)*** ووجـد بانـدورا وسـايمون ***(Bandura & Simon,1977)*** أن المفحوصين الذين استخدموا أهـدافاً قريبة المدى كانوا أكثر نجاحاً في الاحتفاظ من أولئك الذين استخدموا أهـدافاً بعيدة المدى. ومن العوامل الأخرى التي ربما ترتبط بالنجاح علـى المـدى البعيد مهارات المواجهة المرتبطة بفعاليـة الـذات ***(Bandura, 1977 b)*** وفعالية الذات هي اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يستجيب لموقف مـا بطريقـة إيجابية وعلى نحو فعال باستخدام المهارات المتاحـة لديـه. ويعتبـر هـذا المصطلح أو المفهوم أساس نموذج منع الارتداد الذي أعده مارلت وجوردون ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** قد طبق في مجال الإقلاع عن التـدخين

والكحول والسمنة. وقد وجدت عدة دراسات أن فعالية الذات قد ارتبطت بالنتائج الإيجابية *(Colletti et al., 1985; Condiotti& Lichtenstein, 1981; Killen et al., 1984)*

العوامل الفسيولوجية : *Physiological Factors*

ربما تكون العوامل الفسيولوجية محددات رئيسية ومركزية بالنسبة للارتداد. فيبدو أن العوامل المرتبطة بالجينات مهمة بالنسبة للكحول والتدخين والسمنة *(McClean, 1981; Pomerleau, 1984; Schuckitt, 1981; Stunkard et al. 1986)* وفي حالات إدمان الكحول والتدخين هناك تأثيرات فسيولوجية أخرى مرتبطة بالانسحاب وبالخصائص التدعيمية أو التعزيزية لكل من الكحول والنيكوتين وبالارتباطات الشرطية بين مثيرات معينة والاستجابات الفسيولوجية *(Abrams & Wilson, 1986; Hodgson, 1980; Ludwig et al., 1974; Pomerleau, 1984)* وربما يعكس استخدام المريض لمصطلحات من قبيل الباعث أو الحنين بعضاً من تلك الضغوط.

وافترضت دراسة سيجيل *(Sigel,1979)* ودراسة لودويج وآخرين *(Ludwig et al., 1974)* أن مدمني الكحول يظهرون ردود أفعال شرطية على المثيرات البيئية والعاطفية والفسيولوجية التي ارتبطت بخبرات الانسحاب السابقة. ويعتقد أن الاستجابات الشرطية التعويضية تستثير الحنين إلى الكحول وافترضت دراسة بولوس وأخرين أن العلاج يجب أن يتعامل مع إطفاء تلك المثيرات كما أن درجة الاعتماد البدني يجب أن توضع في الاعتبار عند التعامل مع تعاطي الكحول. *(Hodgson, 1980; Marllatt & Gordon,*

1985; Miller & Hester, 1980) وقد وجد أن مدمني الكحـــول الـــذين يعانون من درجات شديدة من الاعتماد على الكحول يعانون من حنـــين إلـــى الكحول أشد من ذلك الذي يعاني منه المفحوصون ذوو الدرجات ت المتدنيـــة من الاعتماد وليس ذلك فحسب، وإنما أيضاً يستجيبون بطريقة مختلفـــة عـــن طريق استجابتهم لتناول الكحول *(Hodgson et al., 1979; Stodcwell, et al., 1982)* كما أن الاعتماد ربما يؤثر على أهداف العـــلاج ومســـاره. فإدمان الكحول المزمن يرتبط بعدة معوقات معرفيـــة، ولـــذا فـــإن اكتســـاب المهارات ربما يكون صعباً. *(Wilkinson & Sanchez-Carig, 1981)* وإذا كان التعاطي المضبوط أو المنظم وفقاً لجدول هدفاً واقعياً وقابلاً للتطبيق من أهداف العلاج، فإنه سيكون كذلك بالنسبة لمجموعة فرعيـــة فقـــط مـــن المدمنين ذوي السلوكيات المشكلة: فالامتناع هو الهـــدف الواضـــح بالنســـبة لإدمان الكحـــول الحـــاد. *(Miller &Hester,1980; Marllatt, 1983; Nathan & Goldman, 1979)* وبطريقة مشابهة فإن العوامـــل القويـــة ربمـــا تـــرتبط بالتـــدخين *(Abrams & Wilson, 1986; Pomerleau &Pomerleau,1984)* وأظهرت مراجعة أعدها مـــاك مـــورو وفـــوكس *(McMorrow &Foxx,1983)* كيف أن التغيرات في ســـلوك التـــدخين تصاحبها تغيرات فـــي مســـتوى النيكـــوتين فـــي الـــدم. ووجـــد بوميرلـــو *(Pomerleau, 1984)* أن النيكوتين يستثير زيادة في البيتاندروفين، ويزيد عدد ضربات القلب، وربما يؤدي إلى تحسن في الذاكرة والانتباه؛ ولذا فإنـــه وصف النيكوتين بأنه معزز كيميائي قوي. وبالإضافة إلى ذلك فـــإن درجـــة الاعتماد البدني تتضمن بعض الأمور المتعلقة بالعلاج. وقد وجدت دراســـتان أن المدخنين الذين لديهم درجات عالية من الاعتماد على النيكوتين يحققـــون

أعلى استفادة من فينية استخدام علـــك (لبـــان) يحتـــوي علـــى النيكـــوتين.
(Fagerstorm, 1982; Hall et al., 1985)

كما أن عوامل فسيولوجية مختلفة ولكنها مؤثرة ربما ترتبط بالســـمنة. فالطعام لا يبدو إدماناً بالمعنى الذي يتبادر للذهن في حالة التدخين أو تعاطي الكحول، ومع ذلك فإن الضغوط البدنية لاستعادة الوزن المفقود ربمـــا تكـــون قوية جداً. ***(Bennett, Gurin, 1982; Bary,1976; Brownell, 1982; Wooley et al., 1979)*** وقد تشمل تلك الضغوط تخمـــة الخلايـــا الســـمينة وتشبعها بالدهون وتغيير عدة عوامل تشمل بناء الجسم ومعدل التمثيل الغذائي، والنشاط الإنزيمي، وكل عنصر من تلك العناصر ربما يرتبط بوزن الجســـم "نقطة البداية" والتي فيها يدافع الكائن عن نموذج بيولوجي متردد وتتضـــمن نقص الوزن.

وفي ضوء تلك العوامل الفسيولوجية ربما يكون من المفيد أن نختبـــر الانطباعات الشخصية عن احتمال ظهورهـــا لا ســـيما التعلـــق أو الحنـــين، والبواعث، والانسحاب. وقد أظهرت الدراسات في هذا المجال قدراً كبيراً من عدم التناسق. إذ وجدت دراسة كـــامينجز وآخـــرين ***(Cummings et al., 1980)*** أن البواعث والإغراءات قد ارتبطت فقط بستة في المائة من حالات الارتداد، وأن الحالات البدنية السلبية قد ارتبطت بسبعة في المائة فقـــط مـــن مواقف الارتداد. ووجدت دراسة ميرملستين وآخـــرين ***(Mermelstein et al., 1983)*** أن الحنين كان بمثابة العامل الريسي في تسعة بالمائة فقط مـــن حالات الارتداد عند المدخنين. وعلى النقيض من ذلك وجدت دراسة شيفمان ***(Siffman, 1982)*** أن نصف مواقف الارتداد تقريباً عند المدخنين حـــدثت

مرتبطة بأعراض الانسحاب. ورغم أن شيفمان فسر تلك النتيجة علـــى أنهــا تظهر أن أعراض الانسحاب أقل أهمية مما كان متوقعاً فإن تلك الأعــراض تبرز في بيانات على أنها عوامل قوية ومؤثرة في إكساب الارتــداد ســرعةً وزخماً.

العوامل البيئية والاجتماعية:

Environmental and Social Factors

ثمة دليل قوي على أن العوامل البيئية والاجتماعية، متضمنةً ظروفــاً خارجية معينة، تلعب دوراً مهماً في الاضطرابات الإدمانية. ويمكن أن تتجدد تلك العوامل في التفاعلات بين الأفراد (الدعم الاجتماعي)، الأحداث المرتبطة بالبيئة الخارجية أو المواقف المحيطة بالفرد، أوالبرامج التي توظف وتستخدم الظروف أو الطوارئ.

الدعم الاجتماعي: *social support*

إن العوامل الاجتماعية تعتبر محددات مهمة للحساسية للمرضى، بمــا في ذلك أمراض القلب والسرطان والاضــطرابات النفســية. ***(Cohen & Syme, 1985)*** وهي مهمة بالنسبة لقدرة الفرد على اتخاذ قرارات صــعبة، وعلى أن يلتحق بالبرامج العلاجية. ***(Janis, 1983)*** وقد ارتبطت بالنجــاح في الاضطرابات الإدمانية. ***(Best, 1980; Moose & Finney, 1983)***

وقد سلك البحث في هذا المجال سبيلين واتخذ شكلين هما: تقــدير أو تقويم الدعم الاجتماعي كمتغير منبيء بالارتداد، وتعديل العوامل الاجتماعيــة لكي تزيد من فعالية العلاج. وسوف نناقش العلاج في السطور التالية إن شاء

الله. كما أن العمل في مجال التنبؤ بالنجاح باستخدام المتغيـرات الاجتماعيـة كان مثمراً.

ويعتبر الدعم الذي تقدمه الأسرة والأصدقاء واحداً مـن المتغيـرات القليلة المرتبطة بالنجاح طويل المدى في مجال إنقـاص الـوزن والتـدخين ***(Brownell, 1984a; Mermelstein et al., 1983)*** كما أن الدعم العام المدرك والذي لا يقتصر على الإقلاع يرتبط أيضاً بالاحتفاظ بالامتناع عـن التدخين أو بتخفـيض وتقلـيص التـدخين ***(Mermelstein et al., 1983)*** ولخص موس وفيني دراسات في مجال تعاطي الكحول تظهر أن الاتساق بين دعم الأسرة ودعم الزوج أو الزوجة يعزز الاستجابة للعلاج في فترة متابعـة تمتد حتى عامين.

ويمكن أن يعتبر الصراع بين الأشخاص نقيض الدعم الاجتماعي. وقد أظهرت الدراسات أنه يعتبر إشارة تشخيصية على الارتـداد. ففـي دراسـة كامينجز وآخرين ارتبط ما يقرب مـن نصـف حـالات الارتـداد (٤٨ %) بالمحددات الشخصية؛ وكان ثلث تلك الحالات ناتجاً عن الصراع. ولذا يبـدو أن العلاقات الشخصية التي تتسم بالتوتر والضغوط يمكن أن تعوق النجاح في حين أن العلاقات الشخصية التي تتسم بالدعم يمكن أن تسـاعد فـي تحقيـق النجاح. وهذا ينبع من الثقافة على الرغم من عدم تناسق طرق قياس الـدعم. فالفرد الذي يقدم الدعم والعون ربما يكون مفيداً في إقامة بيئة جيدة، ليس ذلك فحسب وإنما يمكن أن يكون مفيداً في المساعدة على إحداث بعض التغييرات السلوكية. ***(Coppotelli & Orleas, 1985)*** وأحد التحديات هو قيـاس أو

تقويم السلوكيات التي تتسم بالدعم والسبب في أن بعض السلوكيات تدعم أفراداً دون غيرهم.

وأحد مصادر أو وسائل الحصول على الدعم الاجتماعي المجموعات التجارية أو مجموعات المساعدة الذاتية . والحمد لله توجد هذه المجموعات وتتوافر في جميع المناطق التي يوجد فيها المدمنون. ***(Gartner &Reisman, 1984)*** وهي تقدم البرامج للملايين وتصل إلى الكثيرين الذين لا يستطيع المتخصصون أن يصلوا إليهم، وتقوم هذه المجموعات بتعليم المهارات وتقديم الدعم الاجتماعي.

ولعله من الصعب تقدير وتقويم كثير من مجموعات المساعدة الذاتي والمجموعات التجارية. إذ أنها تتنوع تنوعاً كبيراً في تكلفتها والمداخل التي تتبناها، وحجمها وتوزيعها الجغرافي... وهلم جرة. بل إن بعض الفصول داخل المجموعة الواحدة قد تختلف فيما بينها اختلافاً كثيراً كما لو كانت مجموعات مختلفة. ومن الواضح أن أناساً كثيرين يستفيدون من تلك المداخل في النتائج الأولية، وفي المحافظة على تلك النتائج. ***(Gartner &Reisman, 1984)*** ولابد من خطوط إرشادية ومعالم على طريق تنقية المكونات الفعالة لهذه المجموعات ولتحديد أفضل الأفراد لاستخدام مداخل المساعدة الذاتية.

المثيرات البيئية والظروف الخارجية:

Environmental stimuli and external contingencies

إن الأحداث البيئية يمكن أن تهيء المسرح لحدوث الارتداد. وتأخذ تلك الأحداث شكل الضغوط الاجتماعية من الآخرين، والتعرض للسلوك غير

المرغوب أثناء الأحداث أو المناسبات الاجتماعية مثل الحفلات، ومثيرات من مواقف كانت فيما مضى ترتبط بالسلوك الإدماني.

ووجد شيفمان ***(Shiffman, 1982)*** أن أزمات الارتداد لدى المدخنين وأن الأنشطة المرتبطة بالتدخين بشكل واضح (مثل الأكل والشرب) كانت بمثابة أحداث سابقة للارتداد أو مقدمات له. وكذلك وجدت دراسة مارلت وجوردون ***(Marlatt&Gordon, 1980; 1985)*** أن هذه الأحداث كانت عوامل مهمة. وذكر مرملستين وليتشتنستين ***(Mermelstein & Lichtenstein, 1983)*** أن الزلات والارتدادات كانت أكثر احتمالاً تحت تأثير المثيرات الاجتماعية من قبيل الاحتفالات الاجتماعية.

أظهرت عدة برامج أن ضبط الظروف الخارجية والمعالجة المنظمة للعوامل البيئية يمكن أن تعزز الدافعية. وحققت بعض البرامج التي استخدمت حوافز مالية نجاحاً في ترقية إنقاص الوزن لدى كل من الراشدين والأطفال. ***(Epestein et al.,1985; Jeffery et al., 1983)*** كما أن البرامج التي استخدمت نظماً للمكافأة قد حققت بعض النجاح في مجال التدخين ***(Lichtenstein, 1982)***.

لقد استخدمت الظروف الخارجية في مجال الكحول أكثر من غيره من المجالات. فقد استخدم هانت وأزرين***(Hunt & Azrin,1973)*** برنامج تعزيز جماعي مكثف تم فيه تغيير مصادر الدعم الأسري والوظيفي والاجتماعي بشكل منتظم ومنظم. وكان من بين مكونات العلاج الإرشاد الأسري والزواجي، والتدريب على المهارات، والمساعدة في الاحتياجات اليومية؛ مثل الحصول على رخصة قيادة للعميل، وتعاقدات الطوارئ.

وبالمقارنة بأفراد المجموعة الضابطة، فإن أولئك الذين تلقوا هـذا البرنـامج كانوا أكثر ضبطاً وسيطرةً، وأفضل في تقاريرهم الوظيفية وأظهروا إرشادات ملموسة أخرى كعلامات على التحسـن . ثـم قـام أزرن ***(Azrin, 1976)*** بتعديل هذا المدخل مستخدماً نظاماً للإنذار المبكر ضد الارتداد.

التفاعل بين العوامل البيئية والشخصية والفسيولوجية:

Individual, Environmental and Physiological Factors: an interaction

إن خطر الزلة والارتداد يحدده تفاعل العناصر أو العوامل الشخصية والبيئية والفسيولوجية. وفي هذا المجال يعتبر التمييز بين الزلة والارتداد أمراً نافعاً، بل وفي غاية النفع؛ إذ ربما توجد بعض المحددات المختلفة والمقدمات السلوكية المختلفة في كل حالة. وقـد أظهـرت نتـائج دراسـة مرملسـتين وليتشنستين ***(Mermlestein & Lichtenstein, 1983)*** أن الزلات تميـل لأن ترتبط بالعوامل الاجتماعية وأن الارتدادات كانـت مرتبطـة بالعوامـل الشخصية (مثل الحالات العاطفية السلبية، ومواقف التوتر). ونظّـر شـيفمان ***(Shiffman, 1982)*** إلى أن تحليل الموقف يمكن أن يتنبأ بخطر الارتـداد المتزايد، ولكن مهارات المواجهة هي التي تحدد ما إذا كـان هـذا الخطـر سيصبح حقيقة.

وإذا نظرنا إلى الزلة والارتداد على خط الزمن فإن العوامل الفردية أو الشخصية أوالبيئية أو الفسيولوجية ربما تؤثر على المراحل المختلفة. فالعوامل الفسيولوجية ربما تزيد من احتمال حدوث الزلة، وربما تفعّل سلسلة من ردود الأفعال على الزلة الأولى والتي من شأنها أن تزيـد مـن احتمـال حـدوث الارتداد. كما أن العوامل البيئية والاجتماعية يمكن أن توفر المكان والمثيـر

والتشجيع من الآخرين للزلة. وبينما يقترب اختيار الزلة، فإن مهارات المواجهة يمكن أن تمنع حدوث الزلة. أما إذا كانت الزلة ستتكرر وتتحول في النهاية إلى ارتداد كامل فإن ذلك يحدده تفاعل معقد لتلك العوامل والتي قد يشكل كل منها أهمية قد تزيد أو تنقص بناءً على الفرد أو البيئة التي تحيط به.

منع الزلة والارتداد: Prevention of Lapse and Relapse

المداخل التقليدية في مقابل نموذج منع الارتداد:

Traditional Approaches Versus the Prevention Model

تقع المحاولات التقليدية لتسهيل الامتناع طويل المدى في ثلاث فئات:

الفئة الأولى تتمثل في مد وزيادة العلاج عن طريق إضافة جلسات معاونة. وفيها يتم تشجيع المرضى ضد ضغوط الزلة أو الارتداد من العلاج الأولي، مع توفير من يقدمون العون في مراحل أو فترات معينة للمحافظة أو الوقاية. وقد استخدمت الجلسات المعاونة في برامج علاج السمنة وبرامج الإقلاع عن التدخين، وكانت فعالة على نحو يتسم بالاتساق والتناسق. *(Lichtenstein,1982;Wilson, 1985)*

الفئة الثانية: تتمثل في إضافة مكونات إضافية للبرنامج العلاجي، وأشهرها الاسترخاء، وتنظيم وضبط الظروف والطوارئ، والتدريب على التوكيدية. ولكن لم يكن هذا المدخل فعالاً. إذ قرر مارلت وجوردون *(Marlatt & Gordon, 1985)* أن "كل تلك الإضافات أشبه بمدفع ثقيل ولكن كل الذي يفعله هو زيادة مدى القذيفة قليلاً قبل أن تسقط على

الأرض. ورمبا يكون إضافة مكونات أمراً مفيداً ولكنه لا يمنع حـدوث الارتداد.

وثمة عيب آخر من عيوب هذا المدخل، وهنة من هناته ووجه من أوجه قصوره، ألا وهو أن إضافة مكونات جديدة للعـلاج ربـا يعقـد البرنامج العلاجي وربما يتدخل في نتائج الأساليب العلاجيـة الأخـرى الفعالة. ويمكن قراءة ذلك من النتائج التي تشير إلى أن الالتزام يتناسب عكسياً مع التعقيد في العلاج. ***(Epstein & Cluss, 1982)*** وثمة تأييد لهذا الفرض من دراستين في مجال السمنة وفيهما لـم يكـن اسـتخدام محبطات الشهية بالإضافة إلى العلاج السلوكي أكثر فعاليةً من استخدام العلاج السـلوكي بمفـرده، بـل علـى النقـيض كـان أقـل فعاليـة ***(Craighead, 1984; Craighead et al., 1981)***

الفئة الثالثة: وتتمثل في تبني نموذج للعلاج مدى الحياة. وهذا المدخل متأصل لدى جمعية "مدمنو الكحول المجهولون" حين يتماثل المشتركون دومـاً للشفاء لكنهم لا يشفون تماماً. وربما يكون صحيحاً أن الأمراض المزمنة تحتاج إلى علاج مزمن. وهذا النموذج له مميزاته وعيوبه. فمن الجانب السلبي يعتبر هذا النموذج حاملاً لرسالة مشوهة مفادها أن الفرد يستطيع أن يسيطر على الإدمان ولكنه لا يستطيع أن يحقق الشفاء الكامل منـه. وهذا بدوره يمكن أن يوجد مناخاً تخلق فيه الزلة توقعات قوية بحـدوث الارتداد. أما على الجانب الإيجابي فإن البرامج التي تمتد مدى الحياة لا تعاني من العيوب التي تعاني منها البرامج الأخرى والتي من أخطرهـا أنه بعد توقف البرنامج ينتقل المريض من رحلة العلاج المكثـف إلـى

مرحلة لا علاج فيها على الإطلاق وهي المرحلة التي يكون فيها احتمال حدوث الارتداد على أشده. ويجب أن تكون هذه البرامج قابلة للنمو فلو لم يكن لها رصيد سوى أن الملايين من الأفـراد قـد اسـتفادوا مـن استخدامها لكان ذلك كافياً. وتجدر الإشارة إلى صـعوبة تقـويم هـذه البرامج نظراً لطول مداها الذي يمتد مدى الحياة، وبسبب المشكلات التي تواجه القيام بالأبحاث في مجموعات المساعدة الذاتيـة والمجموعـات التجارية. ومع ذلك فإن هناك حاجة ملحة لهذا المجال

ويفترض أن منع الزلة والارتداد يناسب مراحـل تاريخهـا الطبيعـي. والمدخل الذي سنصفه في السطور التالية يرتكز على ثلاث مراحل تم وضعها من قبل وهي: الدافعية والالتزام، التغيير الأولي، المحافظـة. ونحـن هاهنـا نحاول تحقيق الدمج والتكامل بين محددات الزلات والارتـدادات الشخصـية والبيئية والفسيولوجية. وفيما يلي عرض لهذه المراحل:

المرحلة الأولى: الدافعية والالتزام:

Stage 1 : Motivation and Commitment

في هذه المرحلة يعهد الفرد إلى نفسه أن يتغير وأن يأخذ كل الخطوات على طريق تعديل السلوكيات غير التكيفية. وهناك شكلان لهذه العملية وهمـا ملائمتان للارتداد. أحدهما تطوير طرق وأساليب لتعزيز الدافعية. وثانيهمـا الفحص لتحديد احتمال نجاح الفرد. والقدرة علـى تقـدير وتقـويم الدافعيـة والعوامل الأخرى المرتبطة بالتنبؤ بالشفاء تعتبر أمراً هاماً ومحورياً بالنسـبة لكل من الشكلين السابقين وبالنسبة للبحث العلمي تعتبر هذه المنطقـة منطقـة ضاغطة إذ لا توجد بها طرق جيدة للبحث.

تعزيز الدافعية: *Enhancing motivation*

لا ريب أن الكثيرين من المرشحين للبرامج لديهم الدافعية إلا أن الكثيرين منهم أيضاً يفتقدون تلك الدافعية. والتحدي الرئيسي ها هنا يتمثل في تعزيز الدافعية المنخفضة بحيث نصل باستعداد الفرد للتغيير إلى ذروته. إلا أن القليل من الأبحاث المنتظمة هي التي طرقت هذا المجال. ومن بين الطرق التي يمكن أن تستخدم في زيادة الدافعية توفير معلومات دقيقة وصحيحة عن مخاطر الإدمان، وتوفيرالدعم من الآخرين والتغذية الراجعة بخصوص الحالة البدنية، وحتى هذه الأساليب لم تحظ بالدراسة التفصيلية.ولذا فإن هذا الميدان بحاجة للاستفادة من الأبحاث التي تستهدف هذه المرحلة الأولى من مراحل عملية التغيير.

ومن بين المداخل التي يمكن أن تستخدم في تعزيز الدافعية استخدام إجراءات ضبط وتنظيم الطوارئ أو الظروف الخارجية. وفي هذا المجال تمت دراسة الحوافز المالية دراسة دقيقة. ويعتبر نظام الإيداع وإعادة التمويل ***deposit refund system*** أشهر النظم المستخدمة. وفي هذا النظام يطلب من المرضى أن يضعوا أموالاً في صندوق البرنامج، على أن ترد لهم هذه الأموال مقابل حضور الجلسات أو مقابل تغييرات سلوكية معينة ***(Hage et al. 1976; Jeffry et al., 1983)*** وهذا المدخل يقلل الاحتكاك والندم والشعور بالذنب ***(Wilson & Brownell, 1980)*** ولكن من غير الواضح ما إذا كان يعزز الدافعية قبل العلاج. كما أن هذا المدخل يمكن أن يمنع ذوي الدافعية المنخفضة من البدء في العلاج أو الاشتراك في البرنامج العلاجي، وهذا يعطيه مزية إضافية ألا وهي أنه يعمل كوسيلة من وسائل الفحص أو الانتقاء

أو الغربلة ***screening*** . والغريب أنه لم يبذل إلا القليل من الجهد لتطـــوير واستحداث طرق لتعزيز الدافعية وقد أسهمت دراسة برتشاسكا وزملائه فـــي تحديد مراحل التغيير. وربما تقترح المعلومات المستقاة من هـــذه الدراســـات والدراسات المشابهة في اختيار واقتراح طرق لتعزيز الدافعية في المراحـــل الأولى. ويمكن أن تكون تلك الطرق ذات حضور واسع في برامج الصـــحة العامة حيث يتمثل الهدف في تشجيع محاولات التغيير.

وأحد أشكال هذه المرحلة المبكرة هو إعداد الفرد للزلة المحتملة، بـــل والارتداد المحتمل ***(Lando, 1980)*** ولكن يجب الفصل بين إعـــداد الفـــرد للأخطاء أو مواجهة الأخطاء وبين السماح بحدوث تلك الأخطاء مـــن خـــلال الاستنتاج الذي مفاده أن هذه الأخطاء محتومة ولا محـــيص عنهـــا. وهنـــاك صورتان تجسدان هذا المعنى في هذا السياق.

الأولى صورة التدريب على التعامل مع الحريق. فعلى الفرد أن يتدرب علـــى الهروب من الحريق حتى وإن كانت الحرائق نادرة الحدوث ***(Marlatt & Gordon, 1985)***.

الثانية لبطل في الغابة له مهمة مزدوجة تتمثل في منع واحتـــواء الحرائـــق. ***(Brownell, 1985)*** وأفضل سبيل هو منع إحداث الحرائق، ولكـــن، ولكن إذا حدثت الحرائق، فعلاً فإن على هذا البطل أن يتحرك بســـرعة قبل أن تلتهم النيران الغابة بأسرها وتأتي على أخضرها ويابسها وتفني ما فيها ومن فيها .

الغربلة لتحديد التوقعات: *Screening to determine prognosis*

ربما يكون للفحص والغربلة قبل البرنامج فائدتان محتملتان :

أولاهما: أن الغربلة تفيد في توزيع الأفراد عل البرامج المناسبة لهم .

ثانيتهما: أن الغربلة يمكن أن تركز جهود المتخصصين على أولئـــك الـــذين يزداد احتمال نجاحهم .

هناك كثير من الأدوية والبرامج العلاجية المتاحة لحـــالات الإدمـــان وتتراوح من البرامج عديم التكلفة والتي تنطلق من برامج المساعدة الذاتية أو مساعدة الذات إلى البرامج التجارية والإكلينيكية مرتفعة التكلفة. وبين هـــاذين النقيضين تقع البرامج الجماعية، والبرامج التي تقدمها وسائل الإعلام، وكتب مساعدة الذات، والنصائح التي يقدمها القائمون بالرعاية الصحية، وآخـــرون كثيرون. وكل مدخل من هذه المداخل قد يعمل مع بعض الأفراد دون غيرهم. وتؤتي الغربلة ثمارها إذا تم توجيه الفرد إلى البرنامج أو المدخل الذي يمكن أن يحقق معه أفضل نتيجة بأقل تكلفة. ولعل تطوير معايير لهذا التوجيه وهذا التوزيع للأفراد على البرامج أو المداخل يعتبر مـــن الاحتياجـــات الرئيســـية والأساسية في هذا المجال .

ويتمثل الاستخدام الثاني لعملية الفحص أو الغربلة في الاستفادة مـــن التوقعات بخصوص من سيحسنون الأداء ويحاولون تحقيق النجاح ومن لـــن يحسنوا الأداء أو يحاولوا تحقيق النجاح. والافتراض الأساسي ها هنا هـــو أن الأفراد الذين يحتمل أن يكون أداؤهم ضعيفاً يمكن تحديدهم والتعرف علـــيهم بحيث يتلقوا معاملة خاصة. وقد تروق هذه الفكرة للبعض ولكنها ليست عملية.

ويفترض هذا المدخل أن هناك شيئاً ما وراء العلاج المقنن .ففي البرامج الإكلينيكية يعتبر العلاج المقنن أكثر الأساليب العلاجية المعروفة كثافةً وفعاليةً، وإذا كان الأمر كذلك فما الذي يمكن فعله بعده؟ وفي المداخل الأقل كثافةً مثل مجموعات المساعدة الذاتية، أو البرامج الجماعية يعتبر التحويل إلى البرامج الأكثر كثافةً هي الإجابة عل السؤال السابق. ومع ذلك فإن هناك بعض الافتراضات الضمنية الأخرى بخصوص هذا المدخل. وأحد هذه الافتراضات أن أولئك الأفراد سوف ينجحون إذا استخدمت معهم المداخل الصحيحة. وهذا يفترض أن تنوع النتائج متروك البرنامج وليس للفرد، وهذا من شأنه أن يمجد النموذج الطبي عن المرض والعلاج. وثمة افتراض آخر مفاده أن تكلفة مثل تلك الجهود لها ما يبررها .

وهناك وجهة نظر أخرى بخصوص الفحص أو الغربلة، وهي تنقل التركيز من أولئك الذين هم عل خطر عظيم وعلى شفا الفشل إلى أولئك الين يحظون بأعظم فرصة وأكبر احتمال لتحقيق النجاح. ويمكن أن تستخدم الغربلة في توجيه البرنامج إلى الذين يحتمل أن يستفيدوا منه، وكذلك يمكن أن تستخدم لمنع النتائج السلبية للفشل عن أولئك الذين يقفون على شفا الفشل، بفرض أن هناك نتائج سلبية أكثر منها إيجابية . وذلك على النحو التالي :

أولاً: إن الفشل أو احتمال حدوث النجاح الأولي الذي يعقبه الارتداد ربما يضيف المزيد إلى ميراث الفرد من عدم الكفاءة، بل ربما يؤدي إلى احتقاره أخلاقياً.

ثانياً: ربما يؤدي النجاح الأولي الذي يليه الارتداد إلى نتائج فسيولوجية سلبية، لا سيما بالنسبة للذين يلتزمون بحمية.

ثالثاً: ربما يقنع الفشل الفرد بأن المشكلة تستعصي على الحل وربما يؤدي هذا إلى تقليل فص اتباع البرنامج فيما بعد عندما ترتفع الدافعية.

رابعاً: إذا تم تقديم العلاج في مجموعات فإن التأثير السلبي يمكن أن يحدث عندما يثبط ذوو الأداء السيء غيرهم من ذوي الأداء الجيد.

خامساً: لا ريب أن المتخصصين يعانون وتتأثر معنوياتهم عندما يفشل أحد المرضى.

سادساً: العمل مع أفراد يحتمل أن يفشلوا لا يترك إلا قليلاً من المصادر لأولئك الذين يحتمل أن ينجحوا.

وها هنا سيتمثل هدف الفحص أو الغربلة في تحديد العوامل الفردية والبيئية والفسيولوجية التي يصعب علاجها. وأحد هذه العوامل هو الدافعية. فمن الصعب أن تزيد دافعية شخص ليس لديه العزم الشديد والإرادة القوية والالتزام الجاد لإحداث التغيير. وثمة عنصر آخر يرتبط بمهارات الفرد. فالقصور في بعض المهارات قد يصعب التغلب عليه.

ربما تكون العوامل الفسيولوجية من بين أهم العوامل بالنسبة لمرحلة الغربلة. فقد أشرنا من قبل إلى أننا بحاجة لقياس بعض العوامل الفسيولوجية ومن بينها الاعتماد البدني، والعوامل المرتبطة بالتمثيل الغذائي، والانسحاب، والجينات. ولذا فمن الواضح أن الغربلة ستصبح نشاطاً متعدد الوجوه ويحتاج إلى تقدير كثير من المتغيرات.

إن مصطلح الغربلة من المصطلحات التي يسهل دعمها من الناحية النظرية ولكن يصعب تطبيقها في أرض الواقع. وتكمن قوتها في قدرتها على التمييز والفصل بين الإيجابي الزائف والسلبي الزائف. وعدم استخدام الغربلة

سيزيد من الإيجابيين الزائفين. بمعنى أن الكثيرين من الذين سيفشلون في النهاية سيسمح لهم بدخول البرنامج. في حين أن الغربلة قد تنتج سلبيين زائفين؛ أي أولئك الأفراد الذين سينجحون في النهاية ولكنهم يستبعدون على نحو جائر وظالم. ومن المهم أن نضع ذلك في اعتبارنا جنباً إلى جنب مع الموضوعات الأخلاقية ذات الصلة.

طرق الفحص أو الغربلة: *Methods of screening*

نظراً لأن الغربلة لم تحظ إلا بقدر ضئيل من الاهتمام فإننا لا يمكننا إلا أن نقدم الأفكار الأساسية فقط. وتتمثل الفكرة الأولى في الاختبار السلوكي للدافعية. والفكرة الثانية تتمثل في استخدام المتغيرات القادرة على التنبؤ.

وهناك عدة احتمالات للاختبارات السلوكية للدافعية. لقد كان نظام الإيداع وإعادة التمويل فعالاً في خفض الاحتكاك والشعول بالذنب في برامج علاج السمنة ***(Wilson&Brownell, 1980)*** كما استخدم أيضاً في برامج الإقلاع عن التدخين ***(Litchtenstein, 1982)*** وينظر لهذا النظام على أنه وسيلة لتعزيز الدافعية أثناء البرنامج، ولكنه يمكن أن يخدم أيضاً كوسيلة لاستبعاد ذوي المستويات المنخفضة من الدافعية قبل البرنامج العلاجي. ولذا يجب أن يستوفي المعايير المقررة قبل الدخول في البرنامج. واستخدم ذلك في برامج إنقاص الوزن بأن طلب من المرضى أن ينقصوا أوزانهم بمعدل رطل واحد في الأسبوع لمدة أسبوعين. وأن يملأوا مذكرات واستمارات الملاحظة الذاتية. وإذا دمجت هذه المعايير مع نظام الإيداع وإعادة التمويل فلن يصعب على المرضى الوفاء بها في معظم الحالات ولكن الأفراد الذين ليس لديهم

الدافعية ربما يفضلون عدم الالتحاق بمثل هذا البرنامج الذي يستوجب هذا الالتزام. وهذه مجرد أمثلة على الاختبارات السلوكية للدافعية. وربما يقدم البحث مزيداً من الطرق وطرقاً أفضل من تلك التي أشرنا إليها.

والطريقة الثانية، وإن كانت أقل دقةً من طرق الفحص أو الغربلة، تتمثل في استخدام مجموعة من المتغيرات المنبئة لتحديد الأشخاص الذين يعتبرون عرضةً لخطر الارتداد. وعلى سبيل المثال وجد مارلت وآخرون *(Marlatt, et al., 1984)* أن معدلات الدافعية والرغبة في الإقلاع قد ميزت الأفراد الذين لم يتمكنوا من الإقلاع عن التدخين ولو لمدة يوم من أولئك الذين تمكنوا من الإقلاع لفترات أطول. وكما رأينا من المناقشات السابقة، فإن تحديد العوامل المنبئة بالارتداد لا يكفي لتبرير الغربلة. ولكن بمزيد من البحث يمكن أن يصبح ذلك ممكناً.

وجدير بالذكر أن هذا النقاش يتعلق بالبرامج الإكلينيكية التي يكون العلاج فيها مكثفاً ومكلفاً. أما البرامج واسعة المدى، والتي قد تنفذ في مواقع العمل أو التجمعات، والتي ربما تكون أقل تكلفةً فإن الهدف يتحول من إحداث تأثير قوي على مجموعة صغيرة إلى إحداث تأثير أقل على مجموعة أكبر وأعداد أكثر *(Brownell,1986; Davis et al., 1984; Stunkard, 1986)* وفي هذه الحالة فإن تكلفة الغربلة ربما لا تكون مبررة

أخلاقيات الغربلة: *The ethics of screening*

إن استخدام الغربلة في هذا السياق ربما يستثير عدة قضايا أخلاقية معقدة. فقرار تحديد من يستطيع أن يلتحق بالبرنامج لم يعد يرتكز على من يسجل

أولاً ولا من سيدفع نفقات البرنامج، بل ستكون هناك جهود حثيثة لتوصيل العلاج لأفراد ذوي مواصفات خاصة. وهذا من شأنه أن يتيح فرصة العلاج لبعض الأفراد ولا يتيحها للآخرين. ورغم أن هذا المدخل لم تتم دراسته فمن المحتمل أن تقع العديد من المجموعات الفرعية في فئة من لديهم الدافعية. وربما يتم توصيف تلك المجموعات الفرعية وفقاً للجنس أو العرق أو الدين أو الخلفية الإثنية مما قد يوقع البحث في شراك التمييز البغيض.

ويعتمد كون عملية الغربلة يمكن تبريرها من الناحية الأخلاقية أم لا على عدة عناصر أو عوامل. **وأحد هذه العوامل** هو القدرة على مساعدة الأفراد الذين هم على خطر عظيم. أما في غياب التقنية اللازمة لهذا الغرض، فهل تظل عملية الغربلة مهمة؟ **ومن العوامل الأخرى** موضوع التكلفة. ترى هل التكلفة الإضافية المتمثلة في مساعدة الأفراد الذين هم على خطر عظيم أو على شفا الارتداد يمكن تبريرها؟ فبعض النفقات الزائدة يمكن تبريرها، ولكن إلى أي مدى، وما مقدارها؟ وأي تلك العناصر سيكون له أكبر تأثير على المجتمع؟ وهل سيمثل المجتمع الاهتمام الأكبر؟ **والعامل الثالث** هو حساسية وخصوصية إجراءات الغربلة. فالغربلة التي تنتج عدداً قليلاً من السلبيين الزائفين ربما تكون مبررةً إذا كانت التكاليف الصحية والنفسية والاجتماعية عالية بالنسبة للإيجابيين الزائفين، ولكن ما عدد الإيجابيين الزائفين الذين يمكن التساهل معهم؟

وهذه الأسئلة معقدة جداً ويصعب مناقشتها ها هنا. إلا أننا نشعر أن الغربلة وتحديد ذوي الفرص المرتفعة والمنخفضة للنجاح يعتبر موضوعاً بالغ الأهمية. فمن يتلقى العلاج لا يتم تحديده عن طريق الاختبار المنتظم لهذه

الموضوعات. وربما يحدث ذلك بطريقة منتظمة، ولكن لأسباب لا نفهمها وربما لا تكون منطقية. إن تجنب هذه الأسئلة يعني فقط الابتعاد عن القضايا الأخلاقية وتنحيتها جانباً ولكنه لا يجع عملية تقديم العلاج أكثر أخلاقاً. ونتمنى أن تجري مزيد من الدراسات في هذا المجال .

المرحلة الثانية: التغيير السلوكي الأولي:

Stage 2 : Initial Behaviour Change

هذه المرحلة من العلاج هي الفترة المكثفة التي تقع بين مرحلة الغربلة ومرحلة الاحتفاظ بالإقلاع. وربما تستغرق هذه المرحلة عدة أسابيع في برامج الإقلاع عن التدخين، وثلاثة إلى ستة شهور في برامج الكحول والسمنة. وربما لا يكون ذلك الوقت هو الوقت الذي يتعرض فيه الفرد للخطر الأعظم للارتداد. لأن جميع المرضى في هذه المرحلة يكون لديهم الدافعية ويكونون مسرورين بما أنجزوه من تغيير. ومع ذلك فإن المواقف عالية الخطورة قد تحدث، ولذا فإن هذا الوقت يعتبر وقتاً مثالياً لاكتساب المهارات وممارستها، لا سيما المهارات المتعلقة بالارتداد ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** وقد وصفت هذه المهارات بالتفصيل في موضع آخر ***(Marlatt & Gordon, 1980; 1985)***

لا شك أن اختيار إجراءات علاجية معينة يعتبر أمراً بالغ الأهمية، وكذلك توقيت استخدام تلك الإجراءات. وهناك ميل لضغط كل المكونات في المرحلة الأولى في العلاج واستخدام فترة المحافظة لمراجعة المواد التي عرضت في وقت سابق. وهذا ربما يلقي الأعباء على كاهل المريض ويثقل كاهله بالأعباء في بداية البرنامج، وربما يركز على المهارات في وقت قد لا

تكون امهارات مطلوبة فيه. ولذا فإن المزيج الصحيح من استراتيجيات منـــع الارتدادفي مرحلتي العلاج الأولي والمحافظة على العلاج ربما يمثل مفتاحـــاً للنتائج الإيجابية.

ونحن نقترح ثلاث مناطق يمكن أن يشملها العلاج الأولي:

أ – اتخاذ القرار. ب– إعادة البنائ المعرفي.

جـ – مهارات المواجهة.

وتلك هي الإجراءات التي هدفت بشكل أساسي إلى منع الزلة ومنع الارتـــداد والتي يجب تنفيذها بالإضافة إلى الفنيات الخاصة بعلاج التـــدخين والكحـــول والسمنة. وهي تنبع من مدخل نظري تم وصفه من قبـــل ومـــن معلومـــات موجودة عن العوامل المنبئة بحدوث الارتداد وعن نجاح برامج منع الارتداد. والمنطقة الرابعة تتمثل في التفكير، وله ما يؤيده على الجانب النظري وعلى جانب الممارسة العملية، وربما تزداد أهميته بتقدم البحث العلمي.

والتركيز على تلك المناطق الثلاثة لا يعني أنا تكوِّن المصدر الوحيـــد للعلاج. فنحن نشعر أن فنيات معينة استهدفت الارتداد مرغوب فيها في جميع مراحل التغيير، وأن فنيات منع الارتداد ربما تفيد وتساعد فـــي أي برنـــامج علاجي. فعلى سبيل المثال ربما يتكون العلاج بالنسبة لفرد يلتزم بالحمية من برنامج لتغيير العادات أو تعديل السلوك، أو الصيام أو الجراحة. وربما يلتحق مدمن الكحول بأحد برامج جمعية المدمنين المجهولين أو قد يتلقـــى برنامجـــاً للتدريت على المهارات. وفي كل حالة فإن مداخل معينة يمكن أن تطبق على عمليتي الزلة والارتداد وربما تحسِّن فرص واحتمالات الشفاء والتغيير علـــى المدى البعيد.

ولا شك أن مناطق إضافية ستضاف إلى تلك المناطق الثلاثة بزيادة واتساع المعرفة والمعلومات بخصوص الارتداد. ولذا فإننا لا نزعم أن تلك هي الأهداف الوحيدة لمنع الارتداد، أو أنها ستكون فعالةً على نحو يتسم بالتناسق. بل إن كل ما نستطيع أن نقوله هو أن هذا هو كل ما أتاحه لنا التراث الحالي. وربما تضاف استراتيجية ضبط الظروف أو تنظيم الطوارىء إلى القائمة قريباً، إذ أن الدراسات بدأت توجه هذه الفنيات نحو الارتداد. كما أن العوامل الفسيولوجية ربما تبرز كأهداف هامة ولكن مداخل فسيولوجية معينة استخدمت مع الارتداد ولكنها لم تكن واضحة من خلال المعلومات المتاحة حالياً. ولكننا نأمل أن يؤدي ذلك إلى تنقية وتصفية المناطق التي نقترحها وتحديد مناطق جديدة ينصب التركيز عليها.

وأولى هذه المناطق تتضمن مهارات صناعة القرار. وهذه المهارات تعد الفرد لتحليل محددات الارتداد الفردية أو الشخصية والبيئية. وهذا التحليل يسمح للفرد أن يقرر ما هي استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها في موقف معين. ولذا فإن البناء أو إعادة البناء المعرفي يعتبر مهماً ومحورياً في هذا المدخل، لأنه يعلم الأفراد تفسير الأحداث والاتجاهات والمشاعر بطريقة منطقية بحيث يستجيبوا للأزمات على نحو بنَّاء. والشكل رقم (٢) يعرض مشروع تحليل تسلسل الزلة والارتداد وتحديد طرق اتخاذ القرار والمواجهة وإعادة البناء المعرفي. وهذا يقدم مثالاً للطريقة التي يستخدم بها الفرد الإطار الموصوف هاهنا للاستعداد لمواقف عالية الخطورة.

وتلقى فنية إطفاء المثير مزيداً من الاهتمام كوسيلة محتملة لمنع الزلة أو الارتداد. وثمة تأكيد متزايد على إطفاء الروابط بين المثير والحنين أو

التعلق الشـــديد. (Abrams & Wilson, 1986) وربمـــا توجـــد روابـــط اجتماعية أو شخصية أو فسيولوجية مع استخدام أو تعاطي المـــواد، وربمـــا يكون إطفاؤها ذا أهمية خاصة في وقت مبكر من عملية التغيير عندما يكـــون الارتداد موضوعاً. ولذا فإن هذه المنطقة بحاجة إلى مزيد من الأبحاث.

فثمة حاجة لمزيد من الأبحاث لتنفية الفنيات المستخدمة في هذه الفئات وتحديدها إذا كانت هذه الفئات هي الأنسب لينصب عليها التركيز أثناء مرحلة التغيير السلوكي الأولى. وتعتبر دراسة شيفمان (Shiffman, 1984) مفيـــدة في هذا الخصوص، إذ اكتشفت أن المزج بين مهارات المواجهـــة المعرفيـــة والسلوكية قد ارتبط بالمحافظة على الإقلاع عن التدخين.

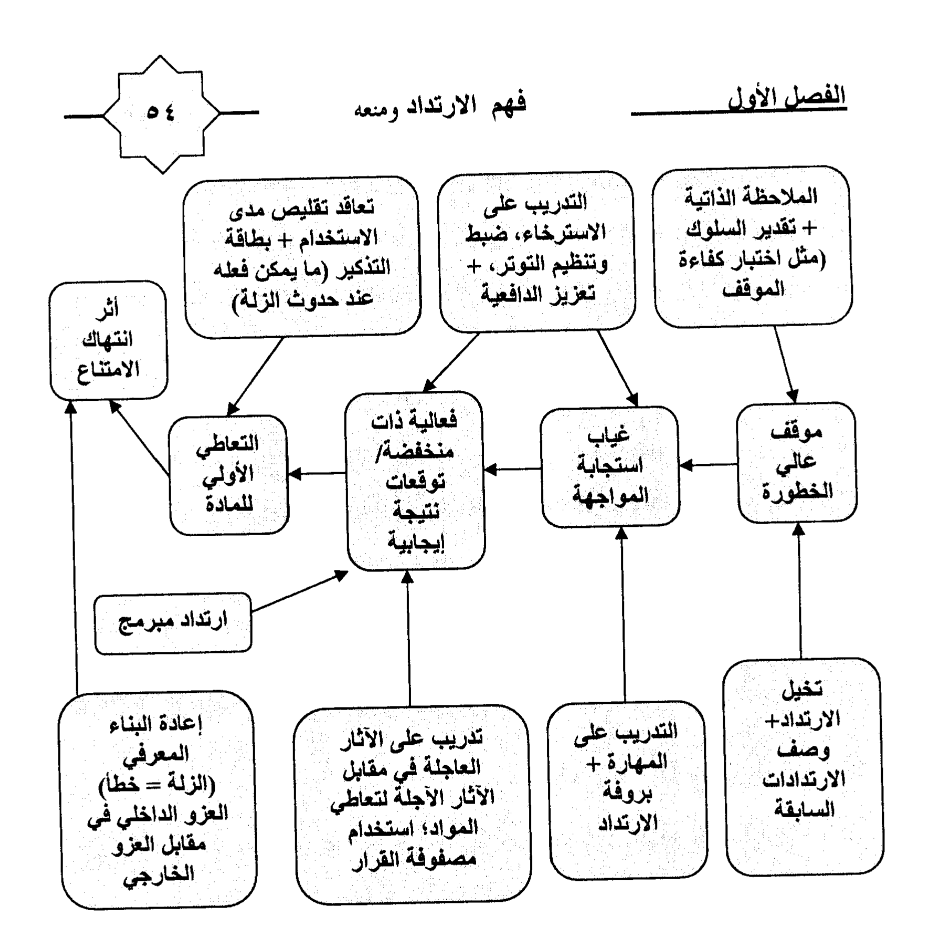
المرحلة الثالثة: المحافظة على الإقلاع:

Stage 3 : Maintenance

تحتوي معظم البرامج على العلاج أثناء مرحلة المحافظة على الإقلاع، ولكن هذه المرحلة قد تم تجاهلها كنقطة للتدخل. وباستثناء الجلسات الإضافية، والتي تعتبر تكراراً مملاً للمواد الأولى، فإن قليلاً من الدراسات قد استخدمت مرحلة المحافظة على الإقلاع على أنها وقت استهداف الزلة أو الارتداد. وهذا أمر سيء لأن التقدير الإكلينيكي يملي توكيده وتأكيده في هذه الفترة بعينهـــا. وهناك ثلاثة مناطق تدخل ربما تكون مناسبة وملائمة لمرحلة المحافظة.

أ – الملاحظة المستمرة. ب – الدعم الاجتماعي.

جـ – تغيير نمط الحياة بشكل عام.



شكل رقم (٢) مثال لعملية اتخاذ القرار ومهارات المواجهة التي تطبق مع عملية الزلة والارتداد

ونعود ونكرر أنه ربما تبزغ مناطق أخرى باستمرار البحث العلمي، ولكن هذه المناطق الثلاثة هي كل ما أتاحه لنال البحث الحالي.

يعتقد على نطاق واسع أن الحيطة والحذر طويل المدى ذو أهمية كبيرة في العملية العلاجية سواءً كان ذلك من خلال التقويم الذاتي أو من

خلال الاتصال بالأخصائي ولدينا انطباع بأن الأفراد يستفيدون من المراقبة التي تمتد إلى ما وراء رحلة العلاج الأولى. وتقترح الدراسات العلاجية أن المحافظة على الإقلاع تتحسن بينما تزداد الاتصالات بالمختصين أثناء فترة المتابعة لكل من التدخين والسمنة. ***(Colletti & Supnic, 1980; Perri et al. 1984)*** ومع ذلك فلابد من التوفيق بين ذلك وبين عدم فعالية الجلسات الإضافية. وبالإضافة إلى ذلك فإن هذا يثير موضوع التوقيت الذي ينتهي فيه العلاج وتبدأ فيه فترة المحافظة. فالاتصالات الإضافية يمكن أن تطيل أو تمد فترة العلاج وتؤخر الارتداد ولكن دون أن تمنعه بطريقة جوهرية أما ما إذا كانت هذه الاتصالات تؤثر بالفعل على الارتداد، فإن ذلك يعتمد على طبيعة الاتصال ونوع المادة المعروضة.

عرض مارلت وجوردون ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** الدعم الاجتماعي كأحد مكونات منع الارتداد. والدعم الاجتماعي يعتبر أحد المنبئات بالنجاح طويل المدى، ولكن محاولات التدخل في البيئة الاجتماعية قد أثمرت نتائج غير متناسقة وغير متناغمة. ***(Brownell,1982; Brownell et al., 1978; Lichtenstein, 1982)*** والمتغيرات الاجتماعية بالغة الأهمية في عمليات التغيير السلوكي ***(Cohen &Syme, 1985)*** ولكن التغير والتنوع في العلاقات الاجتماعية تجعل من غير المحتمل أن يعمل أي مدخل فردي على نحو يتسم بالاتساق والتناسق. فعلى سبيل المثال قد تكون هناك آثار إيجابية لمحاولة enlist المساعدة من الزوج أو الزوجة عن بعض الزواجات ولكنها ربما تكون ذات آثار سلبية على زوجات أخرى . وليس غريباً أن بعض الدراسات البارامترية مع المجموعات لا تظهر أي أثر لتلك البرامج.

ولذا فإن هذه المنطقة تعتبر إحدى المناطق التي ما زالت بحاجة إلى مزيد من العمل المتطور والقابل للنمو بحيث يتم استثمار الدعم الاجتماعي.

وربما يكون تغيير أسلوب أو نمط الحياة بشكل عام مفيداً. وتتمثل النظرية هاهنا في أن مصدر الإشباع يمكن أن يحل محل الاضطراب الإدماني. وتتفق هذه الفكرة مع الخبرة الإكلينيكية، ولكن الأبحاث التي أجريت في هذا المجال قليلة جداً. ونفس الشيء ينطبق على الاسترخاء والتأمل، والتمرينات الرياضية. ولا شك أن التمرينات الرياضية تحمل في طياتها وبين حناياها عدة احتمالات خادعة.

وثمة مدخل مثير للجدل ومن ثم عقيم ولا طائل من ورائه، ألا وهو برمجة الزلة. ويتضمن هذا المدخل التخطيط لإحداث زلات في مواقف علاجية، وربما يتضمن إعداد وليمة لمن يلتزم ببرنامج حمية لإنقاص وزنه، أو إعداد حفلة تدخين لمدخن سابق يحاول الإقلاع عن التدخين، أو حفلة شراب لمدمن الكحول. ويحدث ذلك فقط بعد أن يتلقى الفرد تعليماً أو تدريباً مكثفاً على مهارات المواجهة السلوكية والمعرفية التي سبقت الإشارة إليها. والغرض منه هذا هو السماح للزلة التي لابد أنها ستحدث بأن تحدث تحت إشراف المعالج، وتوضيح أن مهارات الضبط الذاتي يمكن أن تمنع تحول الزلة إلى ارتداد كامل. ومع ذلك يمكن أن يمثل هذا المدخل فنية مفيدة ونافعة، لأن المعالج يسيطر على الزلة، ويمكن تغيير المفاهيم المتعلقة بفقد السيطرة وانخفاض الفعالية أو الكفاءة. وقد اختبر كوني وآخرون ***(Cooney et al. 1982)*** هذا المدخل مع المدخنين. فبعد خمسة أسابيع من الإقلاع قام المدخنون بتدخين سيجارة واحدة في جلسة مضبوطة أو تحت السيطرة. وقد

اندهش معظم الأفراد واستحوذت عليهم الدهشة وتمكن منهم العجب من هـذه الطريقة التي بدت بها السيجارة منفرة، وكان معظمهم واثقين من أنهـم لـن يدخنوا فيما بعد. وكانت درجات فعالية الذات لدى هؤلاء الأفراد أعلى منهـا لدى الأفراد الذين تلقوا برنامج الإقلاع فقط، ولكن لم توجد فروق ذات دلالـة إحصائية في درجات الامتناع في فترة متابعة قوامها ستة أشهر. والحق أنـه كان هناك اتجاه لدى المفحوصين الذين تلقوا مدخل الزلة المبرمجة لأن يرتدوا فيما بعد.

إلا أن هذا المدخل يجب أن يخضع لمزيـد مـن الاختبـارات قبـل استخدامه في العلاج. إذ أن احتمال حدوث الأذى والضرر كبير؛ لأن النموذج المعرفي الذي تم تصميم هذا الإجراء لمواجهته ربما يرقـي الارتـداد غيـر المضبوط. كما أن العوامل الفسيولوجية أيضاً يمكن أن تخلق ضغوطاً تؤدي إلى الارتداد. أضف إلى ذلك أن الدراسات التي أجراها كوني وزملاؤه علـى المدخنين لم تؤد إلى نتائج مرغوبة. ومع ذلك فربما يكون من الخطأ اسـتبعاد استخدام مدخل الارتداد المبرمج دون تقويم دقيق له.

دور خاص للتمرينات الرياضية *a special role for exercise*

ربما يكون هناك دور خاص للنشاط البدني في الاضطرابات الإدمانية. فللتمرينات الرياضية دور طبيعي في مجال ضبط الوزن والسـيطرة عليـه؛ ولكن ثمة أدلة متزايدة على أن الآثار العامة للتمرينات الرياضية ربما تفيـد أيضاً المرضى في مجالات التدخين وإدمان الكحول.

لقد سطع نجم التمرينات الرياضية كأهم مكونات العلاج في مجال السيطرة على الوزن. ***(Brownell& Stunkard, 1980; Thompson et al., 1982)*** وهي أيضاً أحد العوامل القليلة المرتبطة بالنجاح طويل المدى. ***(Cohen et al.1980; Graham et al., 1983; Katahan et al., 1982; Miller & Sims, 1981)*** فالدراسات التي استخدمت التمرينات الرياضية كمتغير مستقل تظهر تحسناً في المحافظة على نقص الوزن ***(Dahlkoetter et al., 1979; Stalonas et al. 1978)***

فعلى سبيل المثال اقترحت ثلاث دراسات أن التمرينات الرياضية مفيدة بالنسبة للدراسات التي تستهدف المدخنين. ففي دراسة كوبلان وآخرين ***(Koplan et al. 1982)*** والتي أجريت على عدَّائين مدخنين أقلع ٨١% من العدائين، ٧٥ % من العداءات الذين كانوا يدخنون السجائر. وكان الإقلاع عن التدخين أكثر شيوعاً بشكل جوهري بين العدائين الذين استمروا في العدو منه بين العداين الذين توقفوا عن العدو في السنة التالية للسباق. ووجد شيفمان ***(Shiffman, 1984)*** أن التمرينات الرياضية قد استخدمت كاستجابة مواجهة لدى المدخنين الذين تمكنوا من تجنب الارتداد. والدراسة الوحيدة في مجال إدمان الكحول وجدت هي الأخرى نتائج مشجعة.

وإذا أمكن استخدام التمرينات الرياضية لمنع الارتداد، فإن هناك عدة ميكانيزمات. فربما يكون الأسلوب العام للحياة هو الذي يحدث الإشباع والرضا ومن المحتمل أن يؤدي إلى الإدمان الإيجابي ***(Glasser, 1976)*** بالنسبة للفرد الذي يحتاج إلى البدائل التكيفية للسلوكيات غير المرغوب فيها ***(Marlatt & Gordon, 1985)*** . وربما يؤثر ذلك على مفهوم الذات أو فعالية الذات والتي يمكن أن تعمم على برامج تغيير السلوك. وربما يؤدي ذلك

إلى توفير قدر من ضبط المثير من خلال نقل الفرد إلى موقف أو مكان آمن. وربما يوفر مجموعة من الأقران تدعم السلوك الصحيح وربما توجد أيضاً بعض الآثار الفسيولوجية التي تؤثر على العمليات المرتبطة بالشهية بشكل مباشر أو التي ربما تؤثر أو تغير الوظائف النفسية. وتلك الاحتمالات تخدم مزيداً من الاستكشاف.

آثار البرامج الموجودة: *Effects of Existing Programmes*

إن استخدام برامج منع الارتداد لايزال في مرحلة المهد، ولكن كثيراً من الدراسات الموجودة حالياً تظهر آثاراً إيجابية. بالإضافة إلى دراسات ضبط الطواريء التي سبقت الإشارة إليها، والتي أظهرت نتائج إيجابية طويلة المدى، فإن عدة دراسات قد استخدمت أشكالاً متنوعة من النموذج الذي اقترحه مارلت وجوردن١٩٨٠، وفي البداية استخدم تشاني وآخرون ***(Chaney et al. 1978)*** بعض عناصر منع الارتداد مع مدمني الكحول. ولم توجد أي فروق في الامتناع الكامل بين مجموعة منع الارتداد والمجموعتين الضابطتين ولكن كانت هناك فروق دالة إحصائياً لصالح مجموعة منع الارتداد في طول فترة التعاطي وحدة التعاطي.

واستخدم هول وآخرون ***(Hall et al., 1984)*** برنامجاً للتدريب على المهارات لمنع الارتداد لدى المدخنين. وكانت معدلات الامتناع لدى المفحوصين الذين تلقوا هذا التدريب أعلى من معدلات الامتناع لدى المفحوصين الذين لم يتلقوا في الأسبوع السادس والأسبوع الثاني والخمسين من بداية الدراسة. وأثر البرنامج أعظم تأثير له على المدخنين خفيفي التدخين. وكذلك وجد كيلين وآخرون ***(Killen et al. 1984)*** آثاراً إيجابية

لمدخل منع الارتداد مع المدخنين. واستخدم براونيل وآخرون *(Brownell et al. 1984)* مدخل منع الارتداد المعرفي مع المدخنين ووجد نتائج مبشـرة في الدراسة الاستطلاعية ولكن لم يكن للمدخل أي أثر في الدراسة التجريبية. واختبر سابنك وكـوليتي *(Supnick & Colletti1984)* نمـوذج مارلـت وجوردون مع المدخنين ووجدوا أن مكون حل المشكلات قد ارتبط بمستويات الارتداد الأقل في حين لم يرتبط مكون مواجهة الارتداد بتلك المستويات.

وقد اختبرت عدة دراسات فعالية منع الارتداد مـع المشـاركين فـي برامج حمية. فعلى سبيل المثال وجدت دراسة أبرامز وفوليك *(Abrams & Follic, 1983)* تحسناً في النتائج على المدى البعيد بإضـافة مـدخل منـع الارتداد لبرنامج سلوكي تم تنظيمه في مكان العمل. وكذلك وجدت دراسـتان أجراهما بيري وآخروهن آثاراً إيجابية لمدخل منع الارتداد.

وزبدة القول أنه لا يزال من المبكر استخلاص مواقف معينة من هذه الدراسات. إذ أنها تتنوع تنوعاً كبيراً من حيث العينات التي أجريت عليهـا، ومن حيث الإجراءات التي استخدمت والمندرجة تحت مدخل منع الارتـداد. وإن كان معظمها قد اقتـدى بمـارلتو وجـوردون (١٩٨٠؛ ١٩٨٥) إلا أن التطبيق في العلاج يختلف من موقع إلى آخر. وقد عاب بعض الدراسات أنها استخدمت عينات صغيرة الحجم، وفترات متابعة قصـيرة، وأحـدثت آثـاراً محدودة ... وهلم جرة. ولذا فليس من الغريـب أن نجـد نتـائج مختلطـة ومتضاربة. إلا أن الدراسات المؤيدة لمدخل منع الارتداد تفوق فـي عـددها الدراسات ذات النتائج السلبية بخصوص مدخل منع الاراتداد. ولذا فعلى الأقل يعتبر الاختبار الدقيق والحيوي للنموذج أمراً مبرراً.

ونتمنى أن يواصل الباحثون اختبار مدى أوسع من إجـراءات منـع الارتداد، لتجنب المشكلة التي حدثت في مجال السمنة، والتي فيها تم تطـوير مجموعة من المداخل وقورنت بمداخل أخرى. وكان تفوقها الإحصائي أكبـر بكثير من تفوقها على أرض الواقع. بمعنى أن النجاح الذي حققته من الناحية الإحصائية كان أكبر **بكثير من نجاحها علـى أرض الواقـع** ***(Brownell, 1982; Foreyt et al. 1982; Wilson, 1978)*** وبدلاً من البحث عـن مداخل أفضل قام الباحثون باختبار عدة تعديلات أدخلت على تلك المـداخل. ولذا فإن علينا أن نتجنب التسرع في تبني مدخل منع الارتـداد وأن نتجنـب التركيز على الدراسات المقارنة فقط في استبعاد الدراسـات الأقـل مكافـأةً والأكثر أهميةً ونمواً وتطوراً والتي ربمـا تنـتج أفكـاراً مفيـدة للاختبـار الإكلينيكي.

هل من مزيد؟

إن الاهتمام بالزلة والارتداد يعتبر حديثاً نسبياً؛ ولذا فإن هناك حاجـة ماسة لمزيد من البحث العلمي في هذا المجال. والمجال خصب لمزيـد مـن الدراسات في موضوعات تتراوح بين تاريخ طبيعة الزلة والطرق التي ربما يستخدمها الأفراد في المواقف عالية الخطورة. وجدول (١) يعـرض قائمـة بالأبحاث التي تدعو الحاجة إليها والمستقاة من الأجزاء والوحدات التي سبقت الإشارة إليها وسبق الحديث عنها. وتشمل هـذه الموضـوعات موضـوعات نظرية وعملية. ونتمنى أن يستحث ذلك مزيداً من الأبحاث في منطقة تعتبـر من المناطق المهمة في تغيير السلوك.

جدول (١) الحاجة إلى مزيد من الأبحاث في مجال الزلة والارتداد

المنطقة أو المجال	أسئلة بحاجة إلى إجابة
تاريخ طبيعة الزلة والارتداد	١ – هل الارتداد خبرة تعليمية أم خبرة فشل؟ ٢ – هل تزداد فرصة الارتداد أم تنقص بمرور الزمن؟ ٣ – ما هي مراحل عملية الزلة والارتداد؟ ٤ – هل هناك نقطة آمنة لا يمكن أن يرتد الفرد بعدها؟ ٥ – ما مدى تكرار الزلات وهل تسبق الزلات الارتداد؟
آثار الزلة والارتداد	١ – ما آثار الزلة والارتداد على الحالة المزاجية؟ ٢ – هل تؤثر الزلة والارتداد على فعالية الذات؟ ٣ – هل تؤثر ردود أفعال الآخرين على الزلة والارتداد؟ ٤ – ما هي الآثار الفسيولوجية للزلة والارتداد؟ ٥ – كيف يتعامل المتخصصون مع حالات الارتداد لدى مفحوصيهم؟
المحددات والمنبئات بالزلة والارتداد	١ – هل تؤثر أساليب العلاج المتنوعة على إمكانية الارتداد؟ ٢ – هل تتنبئ الاستجابة المبكرة للعلاج بالارتداد؟ ٣ – هل تاريخ الارتداد والنجاح ذو قدرة على التنبؤ؟ ٤ – ما هو دور أعراض الانسحاب، والتعلق الشديد بالمواد، والبواعث؟ ٥ – ما هو دور الإشراط والاستجابات التعويضية ٦ – ما هي ميكانيزمات الدعم الاجتماعي ٧ – هل تؤثر العوامل الفسيولوجية على الخطر؟ ٨ – هل يمكن التنبؤ بالارتداد بعد العلاج ولكن قبل فترة المحافظة على التغيير؟

منع الزلة والارتداد	١ – ما المعـــايير التـــي يمكـــن أن تســـتخدم فـــي غربلـــة المفحوصين؟ ٢ – هل تؤثر الغربلة على معـــدلات الإيجـــابيين الـــزائفين والسلبيين الزائفين؟ ٣ – ما هو دور التمرينات الرياضية؟ ٤ – هل إجراءات ضبط المثير مفيدة؟ ٥ – هل هناك أي دور لفنية برمجة الارتداد؟ ٦ – ما هي استراتيجيات المواجهة ذات الصلة؟ ٧ – هل يمكن تعزيز الدافعية في أوقات مختلفة من العلاج؟ ٨ – هل العلاج مدى الحياة ضرورى؟



الفصل الثاني

نموذج معرفي سلوكي لعملية الارتداد



نموذج معرفي سلوكي لعملية الارتداد*

يتشكك عدد من الناس في أن فنيات العلاج السلوكي أو تعديل السلوك قادرة على إحداث تغيرات ذات معنى في السلوك . وفي العقدين الماضيين تم تطوير عدد كبير من إجراءات التدخل ***intervention procedures*** والتي ثبتت فعاليتها في تعديل مجموعة كبيرة من السلوكيات المستهدفة بدءاً بالخوف من الثعابين وامتداداً إلى الاضطرابات الوظيفية الجنسية ***sexual dysfunctions*** . وعلى الرغم من النجاحات التي أحرزت في الأخذ بزمام المبادرة في إحداث التغيرات السلوكية ، فإننا ما زلنا نواجه الصعوبات المتضمنة في الاحتفاظ بالتغيرات السلوكية على مر الزمن وعبر المواقف .

وتتيح دراسة السلوكيات الإدمانية فرصة كبيرة لدراسة مشكلة الاحتفاظ بالتغيرات التي طرأت على السلوك ؛ لأن نسب التراجع والارتداد مرتفعة على نحو مشهور وواضح للعيان في مثل تلك السلوكيات . إن شيوع الارتداد وارتفاع نسب ومعدلات حدوثه في تلك السلوكيات المشكلة أمر منذر بالخطر . حيث إن حوالي ثلثي الارتدادات تحدث في خلال التسعين يوماً التالية للعلاج . وتشير هذه المعلومات بقوة إلى إمكانية شيوع العوامل التي ترتكز عليها ميكانيزمات الارتداد نفسها . وبينما لا يمكن تجاهل أهمية الخصائص الفردية للمواد المختلفة ، لاسيما لأنها تؤثر على تطور أنماط ونماذج سوء الاستعمال ***abuse patterns*** في مجموعات المستخدمين ، فإن

---

* ***(Marlatt, 1979)***

المدخل الذي نتبناه يبحث عن فهم العوامل المحددة ***determinants*** وردود الأفعال بالنسبة لعملية الارتداد نفسها ، كما ينظر إليها على أنها كينونة سلوكية متميزة ***a discrete behavioural entity***.

وهذا المدخل ينطبق بشكل أساسي على دراسة الارتداد في المفحوصين من البشر حيث تلعب العناصر المعرفية دوراً أسمى حيث إنها تتفاعل مع عناصر فسيولوجية وسلوكية أخرى . ولهذا الغرض تم تعريف الارتداد على أنه أي انتهاك متميز لقاعدة أو مجموعة من القواعد المفروضة والتي تحكم نسبة أو نمط سلوكيات استهلاكية ومعيار الامتناع ، وهو أكثر القوانين التي يمكن أن يتبناها المرء صرامةً وتجريداً في هذا المجال ، ويتم انتهاكه بواسطة حدوث السلوك المستهدف ولو مرة واحدة .

وتتضمن الدراسة تحليلاً مقارناً لعدد كبير من حالات الارتداد مأخوذة من الأفراد الذين تلقوا علاجاً من مشكلات مرتبطة باستخدام الكحول والتبغ والهيروين، أكثر من التركيز على العوامل الفسيولوجية الداخلية المرتبطة بالخواص الإدمانية الخاصة بهذه المواد الثلاثة . ونظراً لأن الاهتمام كان منصباً على العلاقة بين حالة الارتداد الأولي ***initial relapse episode*** والاستخدام التالي للمادة ؛ فقد تم تصميم النموذج النظري لكي يتنبأ بردود أفعال الارتداد المرتكزة على المبادئ والقواعد المعرفية السلوكية النظرية .

وقد بدأ تطوير هذا النموذج بدراسة تقوم بتقدير فعالية إجراءات الإشراط التنفيري ***aversive conditioning procedures*** مع حالات الإدمان المزمنة للكحول . وأظهرت نتائج هذه الدراسة وجود قوى شخصية قوية

كعوامل محددة للارتداد . ويقع أكثر من ٥٠ % من جميع مواقف الارتداد تحت واحدة من الفئتين التاليتين :

أ – المواقف التي يتم فيها إحباط أو إغضاب المريض ، وعادةً ما يكون ذلك في موقف شخصي أو اجتماعي .

ب – المواقف التي كان المريض يواجه فيها ضغوطاً اجتماعية لاستئناف أو مواصلة التعاطي ؛ وعادةً ما يكون ذلك من قبل أحد أفراد العائلة أو رفيق يتعاطى .

وأظهرت النتائج الحاجة إلى نظام تصنيف موسع لمواقف الارتداد ولدراسة جديدة تقوم بتقدير فعاليتها على عينة كبيرة من المفحوصين . وبناءً على ذلك تم الحصول على تقارير مفصلة عن حالات الارتداد من ١٣٧ فرداً، كلهم شاركوا في برامج علاجية من تعاطي الكحول أو التدخين أو إدمان الهيروين .

وتكونت عينة الكحول من ٧٠ مفحوصاً ، كلهم ذكور من مدمني الكحوليات المزمنين (متوسط أعمارهم هو منتصف الأربعينات) مأخوذة من نزلاء المستشفيات في برنامجين علاجيين . وقد اشترك جميع مدمني الكحول في البرامج وفي أذهانهم أن الامتناع هو الهدف الأول والأساسي للعلاج ، وقد تم تلقي المعلومات عن الارتدادات للتدخين من ٣٥ مفحوصاً ، في سن الجامعة من الذكور والإناث ، وكانوا قد اشتركوا في برنامج للإقلاع عن التدخين في جامعة واشنطن . وقد تم الحصول على وصف الارتداد أيضاً من ٣٢ مفحوص من مدمني الهيروين (وهم من المراهقين الصغار الذكور

والإناث) ، وتم تقديرهم وتقويمهم بتتبع نتيجة العلاج كجزء تقدير للخدمات على مستوى الولاية . وتم تعريف **الارتداد على أنه الاستخدام الأول للهيروين غير الشرعي أو المواد المخدرة الأخرى بالنسبة لهذه المجموعة من المفحوصين وبالنسبة لمدمني الكحول والمدخنين فإن أول تعاطي للتبغ قد شكل حالة من حالات الارتداد .**

وتم الاتصال بجميع المفحوصين في خلال ٩٠ يوماً من نهاية البرنامج العلاجي للمفحوص لإجراء المتابعة . وتمت مقابلة مدمني الكحول والهيروين بصورة فردية في ذلك الوقت ، بينما ملأ المفحوصون المدخنون استبياناً مفصلاً تم تصميمه لتلقي نفس المعلومات . وتمت نمذجة وإعداد الأسئلة المستخدمة على غرار تاريخ الحالة . وكما هو الحال في الدراسة السابقة فقد طلب من كل مفحوص أن يحدد تاريخ ووقت الارتداد وأن يصف الموقف الذي حدث فيه الارتداد (مكانه ، وحضور أو غياب أفراد آخرين). وبالإضافة إلى ذلك تم تقديم أسئلة مفتوحة النهاية ***open end questions*** لكي توفر القاعدة الوصفية بالأساس الوصفي لتقديرات تحليل المحتوى التالية :

أ – عندما حدث أول تعاطي أو أول سيجارة، أو شمة هيروين ، كان الموقف كما يلي : (وتصف باختصار السمات الهامة للموقف الذي دفعك تتعاطى أول شربة أو أول سيجارة.)

ب – ما الذي تقول بأنه كان السبب الرئيسي لأن تأخذ أول شربة ؟ (من وجهة نظرك ما هو السبب الرئيسي لتعاطي أول شربة ؟)

جـ – صف أي أفكار أو مشاعر عاطفية (الأشياء التي تعتلج بداخلك كشخص) التي أطلقت حاجتك أو رغبتك لتعاطي أول شربة في ذلك الوقت .

د – صف أي ظروف خاصة أو أي مجموعة من الأحداث ، أو الأشياء التي حدثت لك في العالم الخارجي والتي أطلقت رغبتك لتعاطي أول شربة . وقد تم تقديم أسئلة أخرى بخصوص ردود فعل المفحوص لحادث الارتداد متضمنةً ما إذا كانت أول زلة قد تلاها تعاطي لاحق للمادة في نفس المناسبة أو في مناسبات لاحقة أم لا .

واشتملت الخطوة التالية على تطوير لنظام تصنيف لتمكن من توزيع كل حادث ارتداد على فئة مستقلة . وقد استخدمت الفئة الأولى ، وهي المحددات الشخصية والبيئية ***intrapersonal / environmental determinants*** ، عندما اشتملت حادثة الارتداد على استجابة لأحداث طبيعية بدنية أو نفسية بشكل أساسي (وعلى سبيل المثال ، مواجهة حالات عاطفية شخصية ، الاستسلام للبواعث أو الدوافع الداخلية ***internal urges***، ... الخ) ، أو استجابة لأحداث بيئية غير شخصية ***nonpersonal environmetal events*** (مثل حظ عثر ، حادثة ، خسارة مالية ، .. الخ) والتركيز هنا ينصب على الأحداث المتهورة والتي لا يكون فيها فرد آخر أو مجموعة من الأفراد عاملاً جوهرياً . والفئة الثانية الرئيسية ، وهي المحددات البينشخصية ***interpersonal determinants*** ، وتطبق هذه الفئة عندما تشتمل حادثة الارتداد على التأثير الجوهري لأشخاص آخرين (مثلاً : مواجهة صراع داخلي ، ضغط اجتماعي ، ...الخ)

وبعد أن تم اشتقاق النظام التصنيفي ، تم تدريب طالبين على تحديد درجات الفئة بالنسبة للارتدادات التي تم وصفها في الاستبيان السالف الذكر. واستمر التدريب حتى تم الحصول على درجة عالية من الاتفاق بين المقدرين. وفي اختبار مستقل للثبات ، ودرجة الاتفاق الداخلي ***inter– rater agreement*** بلغت ٨٨ % بالنسبة لتحديد الفئة . ثم طلب من كل مقدر أن يسجل تقريباً نصف حالات الارتداد التي ذكرها المفحوصون في المجموعات العلاجية لإدمان الكحول والتدخين وإدمان الهيروين . وتبين تلك المعلومات أن أكثر من ثلاثة أرباع ٧٦ % من جميع حالات الارتداد قد وقعت في ثلاث فئات فقط : مواجهة حالات عاطفية سلبية (٣٧ %) ، الضغط الاجتماعي (٢٤%) ، مواجهة صراع داخلي (١٥ %) وكان توزيع ٢٤% من حالات الارتداد على النحو التالي : الاستسلام للإغراءات أو الدوافع أو البواعث (٧%) ، تعزيز الحالات الإيجابية الداخلية (٣ %) الحالات البدنية السلبية (٤%) اختبار الضبط الشخصي (٤ %) ، تعزيز الحالات العاطفية الإيجابية الداخلية (٦ %) .

إن غالبية جميع الارتدادات (٥٨ %) اشتملت على عوامل شخصية أو بيئية محددة ؛ فقد اشتملت نسبة ٤٢ % على عوامل شخصية محددة بصفة أساسية . وفي المواقف الشخصية فإن ٨٢ % من حالات الارتداد تقريباً قد اشتملت على مواجهة إحباط أو غضب . ومع ذلك ففي المواقف الشخصية كانت النتائج معكوسة حيث قد أُطلقت نسبة ٨٥ % من الارتدادات بسبب حالات عاطفية بخلاف الإحباط والغضب. وتتضمن هذه النتائج فيما يبدو أن الإحباط والغضب المرتبطين بالارتداد ينشآن بصفة أساسية من المصادر الشخصية الداخلية ***interpersonal sources*** . بينما تبدو المشاعر السلبية

الأخرى (مثل الخوف ، والقلق ، .. الخ) مسيطرة وسائدة كعوامل محددة للارتداد عندما لا يشترك أفراد آخرون مهمون وكانت هذه النتائج متماسكة ومتساوقة ***consistent*** بالنسبة للمجموعات الثلاثة من المفحوصين في العينة.

وتسببت مواجهة الحالات البدنية السلبية في ٤ % فقط من حالات الارتداد، وفي الأغلب فإنها اشتملت على مجموعة إدمان الهيروين . ولم يذكر أي من مدمني الكحول أو المدخنين الانسحاب البدني ***physical withdrawl*** كعامل محدد للارتداد وهي نتيجة تلقي ظلالاً من الشك على النظريات التي تعتبر أن الأعراض الانساحبية هي العامل المنبئ الأساسي في الارتداد ***the primary precipitating factor in relapse*** . إن الإغراءات أو الدوافع ربما ترتبط بالخبرة الذاتية للتعلق، والتي أحياناً ما ينظر إليها كاستجابة مشروطة لمفاتيح أو مثيرات مرتبطة بانسحاب سابق . ومع ذلك فإن هذه الفئة تبرر وتفسر ٧% فقط من حالات الارتداد كلها ، والتي حدث معظمها في مجموعة مدمني الكحول ، مع عدد قليل نسبياً من المدخنين، في حين لم يذكر أي من مدمني الهيروين ذلك كعامل محدد وبالإضافة إلى ذلك ، فإن استخدام مادة ما لتعزيز حالات عاطفية إيجابية سواءً كانت في مواقف شخصية أو بينشخصية ***interpersonal or intrapersonal situations*** قد فسر عدداً قليلاً نسبياً من الارتدادات (٩%) . وتقترح هذه النتائج أن مواجهة التوتر (سواءً كان مرتبطاً بحالات عاطفية سلبية ، أو صراعات شخصية داخلية ***interpersonal conflicts*** ، أو استجابات للضغط الاجتماعي ... الخ) تعتبر عاملاً محدداً للارتداد أقوى بكثير من الرغبة في الشعور بالارتياح أو في تعزيز حالات عاطفية إيجابية موجودة فعلاً ، أو لمواجهة حالات بدنية سلبية .

وقد اعتبر اختيار الضبط الشخصي ***personal control*** عاملاً محدداً للارتداد بين عينة مدمني الكحول فقط . وبالنسبة لمجموعة فرعية ***subgroup*** من مدمني الكحول (٩ %) فإن الرغبة في اختبار قدرة المرء على احتساء جرعة أو جرعتين ثم التوقف ، أو النية في اختبار آثار برنامج العلاج بالامتناع الموجه ***oriented programe -the abstinence*** قد اعتبر حدثاً متهوراً . وحيث لم يذكر أي من المفحوصين المدخنين أو مدمني الهيروين اختبار الضبط الشخصي على أنه العامل المحدد الأساسي ن فإن الأرجح على ما يبدو أن بعض مدمني الكحوليات قابلين أو حساسين لهذا الإغراء على نحو خاص .

وتم تصنيف ربع الارتدادات تقريباً تحت فئة الضغط الاجتماعي . وسواءً كان تأثير الضغط الاجتماعي مباشراً أو غير مباشر في طبيعته فإنه قد تفاعل بطريقة مهمة مع المادة أو العقار المستخدم . وبالنسبة لمدمني الكحول والهيروين فإن موقف الارتداد السائد قد اشتمل على ضغط اجتماعي مباشر أو اتصال فعلي بين المستخدمين (مثلاً مقابلة رفيق قديم يمارس التعاطي ويضغط على الفرد ليبدأ التعاطي مرة ثانية ؛ أو أن يمر المدمن بمن يعرض عليه بعض ما يتعاطاه من مشروب . ومن ناحية أخرى ، فبالنسبة للمدخنين انعكس النموذج إذ أظهر المدخنون ميلاً للاستسلام في المواقف التي يدخن فيها الآخرون (ملاحظة النماذج).

وقد ارتدت المجموعات الثلاثة بعد فترة قصيرة نسبياً بعد إكمالهم البرامج العلاجية وكان متوسط عدد الأيام بين بدء الامتناع وتاريخ الارتداد اللاحق يعادل ١٧ يوماً بالنسبة للمدخنين ، ٣٠ يوماً بالنسبة لمدمني الكحول ،

٣٢ يوماً بالنسبة لمدمني الهيروين . ومع ذلك فإنه لا بد من الحذر عند تفسير هذه الأرقام بسبب الفروق بين البرامج العلاجية المتضمنة . ولتفسير التشابه بين السلوكيات الاستهلاكية المختلفة في عملية الارتداد ، تم بناء نموذج نظري يرتكز على توجه معرفي سلوكي ، ويرتكز على هذا النموذج للارتداد عملية معرفية أطلق عليها أثر انتهاك الامتناع ***Abstinence Violation Effect*** ***(AVE)***. ويحدث أثر انتهاك الامتناع تحت الظروف التالية :

أ – أن يلتزم الفرد بفترة طويلة وغير محددة من الامتناع عن سلوك معين .

ب – أن يحدث السلوك أثناء هذه الفترة من الامتناع التطوعي أو الاختياري .

ويفترض أن أثر انتهاك الامتناع نفسه يتصف بعنصرين معرفيين أساسيين هما :

١ – **تأثير التنافر المعرفي** ***cognitive dissonance effect*** : حيث يحدث السلوك الذي سبق تقييده ، وذلك يتنافر مع نظرة المرء لنفسه على أنه ممتنع . ويتم إدراك التنافر المعرفي على أنه حالة صراع ، ويكمن وراء ما يعرفه الناس أو ينظرون إليه على أنه الشعور بالذنب للاستسلام للإغراء .

٢ – **تأثير التفسير(العزو) الشخصي** ***personal attribution effect*** : والذي فيه يعزو الفرد حدوث السلوك المحرم ***the taboo behaviour*** لضعف داخلي أو فشل شخصي ، أكثر مما يعزوه لموقف خارجي أو

عوامل بيئية . إن الآثار الإدمانية للتفاعلين ستزيد بدرجة كبيرة من احتمال تكرار السلوك المقيد والاشتراك في ارتداد كامل ***a full blown relapse*** . ومن هذا المنظور فإن هذا الارتداد يتم تحديده في جزء كبير بواسطة إدراك المدمن بأنه قد فقد السيطرة عندما تحدث أول زلة .

إن الشروط التي تحتها يكون أثر انتهاك الامتناع مؤثراً يتم إدراكها وتعديلها بواسطة شعور المرء بفعالية الذات الشخصية وبديناميات ***dynamics*** موقف الارتداد نفسه . وبينما يتم نسج العناصر التي تحدد الارتداد في شبكة من التفاعلات المعقدة ، فإن التتابع الأساسي للأحداث المعرفية يبدو متناسقاً عبر العقاقير . ولذا فإن نموذج حالات الارتداد الكامل يمكن تلخيصه على النحو التالي:

أ – يشعر الفرد الممتنع بأنه في حالة من الضبط حتى يواجه موقفاً عالي الخطورة ***high risk situation*** يتحدى إدراكه للضبط أو السيطرة .
ب – يفتقر الفرد لطريقة مناسبة لمواجهة المواقف عالية الخطورة أو يفشل في الاشتراك في استجابة مواجهة ***a coping response***.
جـ – لديه توقعات إيجابية عن آثار العقار أو السلوك الذي يمنع عنه .
د – يشترك في هذا السلوك أو يستهلك هذه المادة أو العقار .
هـ – يخبر أو يعايش واحداً من مكونات أثر انتهاك الامتناع أو كليهما .
و – يزداد احتمال الاستخدام المستمر لتلك المادة بشكل ملحوظ

إن معظم البرامج العلاجية للسلوكيات الإدمانية بما فيها إدمان الكحول وضبط التدخين، وإدمان الهيروين، تميل لتجاهل مشكلة الارتداد تماماً في

إجراءات التدخل. ومع ذلك فإن تعليم المهارات التي ربما تساعد الفرد على أن يواجه الارتداد بنجاح ستبدو وكأنها تساعد الفرد على أن يواجه الارتداد بنجاح ستبدو وكأنها مسألة شعور عام ***a matter of common sense***. إن المهارات تعرض مساعدة للمرء أكثر من الاعتماد على تركيبات غامضة مثل قوة الإرادة أو محاولة الالتزام أو التقيد بالنصيحة المتضمنة في الشعارات المتنوعة . **وعندما نضع ذلك نصب أعيننا فإن ما يلي هو وصف مختصر لاستراتيجيات التدخل لمواجهة موقف الارتداد الكامن أو المحتمل *potential relapse situation*** .

أ – الموقف عالي الخطورة : *High risk situation*

إن أول خطوة يجب اتخاذها في منع الارتداد هي تدريب العاملين على ملاحظة المواقف عالية الخطورة والتي يحتمل أن تزيد احتمال الارتداد . ويجب أن يكون الهدف هو تعليم العميل أن يلاحظ المثيرات المميزة المرتبطة بدخول موقف عالي الخطورة ، وكذلك تدريبه على استخدام الشعارات التحذيرية كمثيرات لتوظيف تسلل أو تتابع من السلوك البديل . إن إجراءات المراقبة الذاتية تزودنا بطريقة فعالة لتحديد المواقف عالية الخطورة الكامنة ، وكذلك الحال بالنسبة لنموذج التعاطي لمارلات ***(Marlatt,1976)*** وكذلك اختبار الكفاءة الموقفية ***situational competency test*** .

ب – استجابات المواجهة *coping responses* :

إذا لم يتعلم العميل استجابات المواجهة المناسبة للمواقف عالية الخطورة فإن التركيز يجب أن ينصب على تدريس المهارات الضرورية المتضمنة . ومن ناحية أخرى ، فإنه إذا كانت الاستجابة متاحة في حصيلة

العميل ولكن يعوقها تأثير مانع ***inhibiting influence*** ، فإن المعالج يجب أن يتعامل أولاً مع ردود فعل العميل بحيث يمكن ممارسة الاستجابة بأقل قدر ممكن من القلق . وأحد الاقتراحات التي ربما تزيد تعميم مهارات المواجهة المكتسبة حديثاً إكساب العميل القدرة على أن يمارس السلوك التكيفي ***adaptive behaviour*** في الموقف عالي الخطورة . إن المعالج الذي يعمل مع المدخنين أو مع من يتعاطون المشروبات الكحولية الذين امتنعوا حديثاً يمكنه على سبيل المثال أن يأخذ مجموعة من العملاء إلى حانة فعلية أو نادي ليلي في سبيل خبرة مباشرة .

جـ - فعالية الذات ومدخل أسلوب الحياة ***Self efficacy and life style intervintion***

بالإضافة إلى تزويد العميل بمجموعة من المهارات الدقيقة المحددة ، والتي تم تصميم كل منها كاستجابة لموقف معين عالي الخطورة ، فإن المعالج يمكن أيضاً أن ينقل إليه عدداً من الاستراتيجيات أو الإجراءات العامة التي تزودنا بإطار أوسع بالنسبة لبرنامج منع التدخين . ويمكن أن يكون بعضها عبارة عن استراتيجيات حل المشكلات ، ومهارات اتخاذ القرار ، ومهارات زيادة الشعور العام بفعالية الذات والضبط الذاتي .

د - الخبرات الناتجة عن تعاطي العقاقير : ***Outcome experience of substance use***

وتتضمن هذه المرحلة من البرنامج إعداد المعلومات عن الآثار بعيدة المدى للاستخدام المفرط للمادة أو العقار على الصحة البدنية وعلى المصلحة

الاجتماعية ***social well being*** . وهذه المعلومات مهمة لمقاومة الميل للتفكير في الآثار الأولية السارة قصيرة المدى فقط .

هـ - التعاطي الأولي للمادة *initial use of substance*:

ما الذي يجب فعله إذا حدثت زلة ؟ وهنا يمكن إعداد العميل مقدماً ليواجه هذه النتيجة الممكنة ، وليحاول أن يطبق بعض القيود والكوابح لكي لا تزداد حدة الزلة وتتحول إلى ارتداد كامل ***full blown relapse*** . ويبدو أن مزيجاً من المهارات الدقيقة واستراتيجيات التدخل المعرفي يقدم أكبر ميزة لمنع الارتداد . ولمزيد من التفصيل بخصوص مدخل منع الارتداد فإننا نحيل القارئ إلى المدخل المفصل الذي سنعرضه في الصفحات التالية .



الفصل الثالث

مدخل مفصل لمنع الارتداد

(فنيات لمواجهة الارتداد)



مدخل مفصل لمنع الارتداد*

إن الهدف العام لإجراءات المدخل المفصل هو تعليم العميل أن يتوقع ويواجه احتمال الارتداد : أي أن يتعرف على المواقف عالية الخطورة ويواجهها . تلك المواقف التي ربما تعجل وتسرع حدوث الزلة ، وأن يعدل المعارف وردود الأفعال الأخرى بحيث يمنع الزلة الواحدة من التنامي والتحول إلى ارتداد كامل .

وأول خطوة يجب اتخاذها في منع الارتداد هي تعليم العميل أن يتعرف على المواقف عالية الخطورة التي ربما تسرع أو تتسبب في بدء الارتداد. وهنا كلما أدرك الفرد مبكراً أنه متورط في سلسلة من الأحداث التي تزيد احتمال الزلة أو الارتداد ، كان الفرد أسرع في التدخل عن طريق ممارسة مهارة مواجهة ملائمة والتعرف على المثيرات التمييزية المرتبطة بالمواقف عالية الخطورة والاستجابة لها، واستخدام هذه المثيرات كإشارات تحذير وكعوامل تذكير للاشتراك في أفعال بديلة أو علاجية .

ولذا فبالنسبة للشخص الذي يحاول أن يمتنع عن سلوك معين (مثل التدخين، والشرب، والإسراف في التدليل ... الخ) فإن عليه أن يكون في حالة ترقب وانتظار للمثيرات التي تشير إلى اقتراب مواقف كامنة مزعجة . ويمكن أن تخدم هذه المثيرات كإشارات تحذير مبكرة تذكر الفرد بأن " يقف ،

(Marlatt & Parks, 1982)

وينظر، ويستمع " قبل الانخراط في استجابات المواجهة المناسبة . وكلما أسرع الفرد في ملاحظة هذه الإشارات ، كان من السهل عليه أن يتوقع ما يوجد أمامه ، وأن يتخذ خطوات مناسبة للتعامل بفعالية مع الموقف .

وهناك عدد من الطرق المختلفة التي يمكن أن تستخدم لتساعد العميل في تحديد المواقف عالية الخطورة بالنسبة له . إن المواقف عالية الخطورة التي اكتشفناها كجزء من بحثنا تزودنا بمسح عام للفئات المتنوعة لروايات وحوادث الارتداد . ومع ذلك فإنها لا تعكس بالضرورة جميع المواقف التي ربما تكون عالية الخطورة بالنسبة لشخص معين . وعلى الرغم من أن المعالج ربما يستفيد من الفئات العامة للمواقف عالية الخطورة كنقطة بداية ، فمن المهم أن نلقي الضوء على الحاجة إلى إجراءات تقدير مفصلة على الفرد ***individualized assessment procedure*** لتحديد المواقف الفريدة أو الغريبة التي تمثل مشكلة بالنسبة لعميل معين .

إن استخدام إجراءات المراقبة الذاتية ***self-monitoring procedures*** تزودنا بطريقة فعالة جداً لتحديد المواقف الكامنة عالية الخطورة ، التي فيها يكون الدخول إلى السلوك الوشيك متاحاً وميسوراً . وفي العمل الإكلينيكي مع المدخنين والذين يتعاطون الكحوليات ذوي السلوك المشكل ، على سبيل المثال، يطلب منهم أن يسجلوا كل سيجارة أو تعاطي في فترة أسبوعين قبل التاريخ المحدد للإقلاع . ويطلب من العميل أن يسجل المعلومات التالية بالنسبة لكل سيجارة أو تعاطي : مثلاً ، في أي وقت من أوقات اليوم (لكل من بداية ونهاية النشاط) ، وصف مختصر للموقف (وجود الآخرين أو غيابهم ، ومواقعهم) ، وتقدير رقمي للحالة المزاجية أو حالة المشاعر التالية عند الفرد.

وفي نهاية كل أسبوع يعد العميل والمعالج شكلاً يبين عدد السجائر أو مرات التعاطي في كل فئة من الفئات الرئيسية للمواقف وهي مأخوذة من معلومات المراقبة الذاتية . (مثلاً : عندما يعمل بمفرده ، في التجمعات الاجتماعية .. الخ) إن الفحص الدقيق لهذه المعلومات يظهر بشكل متكرر نمطاً من المواقف يحدث فيه السلوك بأعلى تكرار أو يرتبط بأعلى طرد سيكولوجي .

وفي دراسة أجريت على بعض مدمني الكحول الذكور قام **تشاني وآخرون** ***(Chaney ,et al. 1987)*** بدراسة آثار برنامج لمنع الارتداد تم تصميمه ليساعد هؤلاء العملاء على مواجهة المواقف عالية الخطورة التي تؤدي إلى الارتداد والتي يحتمل أن يواجهها العملاء بعد خروجهم من المستشفى . وكجزء من إجراءات التقدير التي تم تطويرها لتقويم هذا البرنامج، تم تطوير اختبار أطلق عليه اختبار الكفاءة المرتبطة بالموقف ***situational competency*** . وفي هذا الاختبار ، سواءً تم تقديمه مكتوباً أو شفهياً (مسجل على شريط تسجيل) فإن العميل يطلب منه أن يستجيب لوصف المواقف عالية الخطورة . ويتم رسم المواقف عالية الخطورة من مجموعة من روايات وحوادث الارتداد التي تم اكتشافها من قبل . خذ مثلاً : تخيل أنك تتناول طعاماً في مطعم فاخر ، في مناسبة خاصة مع بعض الأصدقاء ، وجاء النادل (الجرسون) ليقول لك "**هل تريد مشروباً قبل العشاء ؟**" وكل واحد من أصحابك قد طلب شراباً ، وقد اتجهت كل العيون إليك ، فماذا ستفعل ؟ ويتم تسجيل استجابة العميل فيما بعد وفقاً لعدد من الأبعاد تتضمن اختفاء الاستجابة، ومدة الاستجابة (بالنسبة للنسخة المسجلة على شريط) ، ودرجة الاستجابة ، وتحديد السلوكيات البديلة . إن اختبار الكفاءة المرتبطة بالموقف قد تبين أنه إجراء مفيد في تحديد أصعب المواقف بالنسبة للعميل ، ونظراً

لأنه يزودنا بإشارة إلى قدرة العميل الفعلية على المواجهة في مجموعة متنوعة من المواقف . ويمكن تطبيق هذه المهمة في أُطر مختلفة (مثلاً يمكن استخدامه كإجراء لتقدير تمثيل أو لعب الأدوار) أو مع المشكلات السلوكية المختلفة المرتبطة بالإدمان . وكذلك فإنه مفيد كمقياس قبلي وبعدي في دراسات نتائج العلاج .

وهناك مقياس آخر من مقاييس التقارير الذاتية التي يمكن أن تستخدم لتحديد المواقف الكامنة عالية الخطورة ، ويشمل هذا المقياس مقاييس فعالية الذات . وفي هذا الإجراء يعرض على العميل مجموعة من المواقف المحددة عالية الخطورة ويطلب منه تقديم تقدير (مثلاً على مقياس ذي سبع نقاط عن مدى صعوبة أو سهولة مواجهة هذا الموقف دون الانخراط في السلوك الإدماني. إن استخدام تقديرات فعالية الذات ***self-efficacy ratings*** مع مجموعة من المواقف له فائدة كبيرة كإجراء للتقدير . وقد أظهرت الأبحاث الحديثة في علاج التدخين ، على سبيل المثال ، أن تقديرات فعالية الذات المقدمة في التاريخ المحدد للإقلاع عن التدخين أو قريباً منه تعتبر منبئات شرعية بنتائج العلاج .

وهناك أسلوب آخر مفيد وهو استخدام تخيلات الارتداد الذي ربما يحدث في وقت ما في المستقبل . وفي هذا الإجراء يطلب المعالج من العميل أن يجلس ويستلقي على الكرسي ، يغلق عينيه ، ويتخيل موقف ارتداد حقيقي. ويمكن للمعالج أن يقدم ذلك قائلاً : "**رغم أننا نتمنى ألا يحدث ارتداد في حالتك فلربما يكون مفيداً في عملنا معاً أن تتظاهر أو تتخيل أنك تواجه بعض الصعوبات في الامتناع عن التدخين في وقت ما في المستقبل . فتخيل**

معي ، ما هو الموقف أو الحادث الذي ربما يدفعك إلى العودة إلى التدخين ثانيةً ؟ حاول أن تتخيل هذا المشهد بوضوح بقدر ما تستطيع وأعطني وصفاً للموقف ولمشاعرك ."

وبشكل متكرر فإن العملاء الذين توقفوا عن استخدام عقار معين أو مادة معينة سيذكرون أحلاماً يحدث فيها الارتداد . ويمكن استخدام وصف الحلم كنقطة بداية لتخيل من تخيلات الارتداد الموجهة ***guided relapse fantasy*** .

وإذا ما تم تحديد المواقف عالية الخطورة ؛ فمن ثم يمكن تعليم العميل أن يستجيب لتلك المثيرات المرتبطة بالمواقف ***situational cues*** كمثيرات تمييزية للتغيير السلوكي . وفي بعض الأحيان ربما يكون من الأفضل بكل بساطة أن نتجنب المواقف عالية الخطورة إذا أمكن . ومع ذلك ففي معظم الحالات ، فإن هذه المواقف لا يمكن تجنبها ، ويجب على العميل أن يعتمد على مهارات المواجهة أو الاستراتيجيات البديلة ليجتاز الموقف بدون ارتداد .

إن حجر الزاوية لمدخل منع الارتداد هو تعليم العميل استراتيجيات المواجهة مع إجراءات التدريب على المهارات . إن تقديراً سلوكياً كاملاً لقدرة العميل على الاستجابة عبر المواقف عالية الخطورة الكامنة سيثمر صورة جانبية ولمحة مختصرة عن مناطق القوة والضعف لاستجابات المواجهة المتعددة. إن مسئولية المعالج هي أن يؤكد على المدى الذي عنده يمثل النقص في الاستجابة لموقف معين عالي الخطورة نقصاً فعلياً في خبرة التعليم السابقة أو يمثل عائقاً حالياً في الأداء أو الاستجابة المتعلمة ، وذلك مرده إلى الآثار المانعة للقلق ، الخوف من التقدير أو التقويم ، أو رد الفعل العاطفي .

وبالنسبة للعملاء الذين تتم عرقلة استجابات المواجهة لديهم بواسطة الخوف أو القلق ، فإن على المعالج أن يحاول أن يقوي السلوك باستخدام إجراء مناسب لتقليل القلق مثل **السحب المنتظم للحساسية** ***systematic desensitization*** . ومع ذلك فإن العملاء الذين يظهرون نقصاً في حصيلتهم من المهارات ، فإننا نحاول أن نعلمهم مهارات جديدة باستخدام مدخل نظامي ومحكوم .

إن المدخل الذي نزكيه يمزج التدريب على القدرة العامة على حل المشكلات بالتدريب الخاص على المهارة . كما أن تبني توجه حل المشكلات مع المواقف الضاغطة يسمح للعميل بقدر أكبر من المرونة والتكيف مع المواقف المشكلة الجديدة أكثر مما يعتمد على حفظ مهارات منفصلة والتي ربما تعمم وربما لا تعمم عبر مواقف متعددة . إن تدريب المهارات لدينا يعتمد على عمل **ماك فول** ***(McFall , 1976)*** ، **وجولدشتين** ***(Goldstine , 1973)*** وباحثين آخرين ومكونات مندمجة للتعليمات المباشرة ، نمذجة عبارات التعليمات الذاتية . لكي تصبح مفيدة في تعليم العملاء التقرير الذاتي التكيفي ***adaptive self-statement*** للاستخدام في الربط مع أداء المهارات السلوكية .

ولنأخذ مثالاً محدداً من بحثنا عن تدريب المهارات في حالة العملاء المدمنين للكحول . فإن استجابات العميل على اختبار الكفاءة المرتبطة بالموقف ***situational competency test*** قد وضعت في الاعتبار عند تخطيط برنامج تدريب المهارات المحدد ***specific skill training programme*** . وبالنسبة لعميل معين فإن المشكلة ربما تشمل العجز عن مقاومة الضغط الاجتماعي للانغماس ، وبالنسبة لعميل آخر فإن المشكلة ربما

تشمل العجز في مواجهة مشاعر الوحدة أو الاكتئاب . وفي برنامج تدريب المهارات الذي تم وضعه في دراسة **تشاني وآخرين** التقى المدمنون للكحول معاً في إطار مجموعة صغيرة لعدة جلسات علاجية ، وكانت كل مجموعة تحت قيادة اثنان من المعالجين النفسيين يقومان في البداية بوصف موقف معين من المواقف عالية الخطورة ثم يقوم أعضاء المجموعة بمناقشة الموقف وابتكار طرق مختلفة ومتنوعة للاستجابة لها . ثم يقوم المعالجان بنمذجة استجابة مواجهة مناسبة وممارستها أمام المجموعة . وباستخدام هذا الإجراء، فإن كل عميل تلقى تغذية راجعة شخصية (معدة لتناسب شخصية معينة من أعضاء المجموعة) وتدريباً خاصاً وتعليمات خاصة من المعالجين . طلب من العميل أن يكرر استجابة المواجهة حتى تناسب معايير المعالج عن الكفاية . وقد تم تقدير وتقويم هذا البرنامج الخاص لتدريب المهارات في دراسة فترة متابعة قوامها سنة مقارنة بمجموعتين ضابطتين . وقد أمضت مجموعة فترة مساوية من الوقت في مناقشة ردود أفعالها العاطفية فيما يتعلق بنفس المواقف عالية الخطورة (كما في مجموعة العلاج السيكوديناميكي) وحالة ضابطة غير علاجية (برنامج منتظم بالمستشفى فقط) وقد أثبتت حالة التدريب على المهارات أنها أكثر نجاحاً من كل من المجموعتين الضابطتين مظهرةً تحسناً جوهرياً في فترة متابعة قوامها سنة لمتغيرات مثل كمية العلاج البعدي للتعاطي ، وطول الفترة التي تنقضي في التعاطي قبل استعادة الامتناع وتكرار فترات إزالة السموم .

وهناك إجراء إضافي ربما يزيد تعليم المهارات المكتسبة حديثاً وهو أن تطلب من العميل أن يمارس السلوك التكيفي في مواقف فعلية عالية الخطورة . وعلى سبيل المثال يأخذ المعالج الذي يعمل مع المدخنين أو الذين

يدمنون التعاطي ، يأخذ مجموعة من العملاء إلى حانة أو نادي ليلي في جلسة من الجلسات . وتخدم ردود الأفعال والاقتراحات المختلفة لأعضاء المجموعة كمركز للمناقشة بينما يلتقي العملاء معاً على فنجان من القهوة أو مشروب في جلسة يحيط بهم فيها أناس آخرون يقومون بنمذجة السلوك الممنوع بشكل فعال ومؤثر .

وفي تلك الحالات والمواقف التي لا يمكن فيها ممارسة مهارات المواجهة الجديدة في المواقف الحقيقية ، فيمكن للمعالج أن يستخدم الخيال كوسيلة للتمثيل المعرفي للمواقف عالية الخطورة . وهذا الإجراء يطلق عليه بروفة الارتداد ***Relapse rehearsal*** وهو مشابه لأسلوب تخيل الارتداد ***Relapse fantasy technique*** . وفي إجراء بروفة الارتداد يذهب المعالج إلى ما وراء السيناريو المتخيل المرتبط بالموقف عالي الخطورة ويجمع المشاهد التي فيها يتخيل العميل نفسه ينخرط فعلاً في استجابات مواجهة مناسبة . إن أسلوب النمذجة الضمنية غير المباشرة أيضاً يمكن أن يستخدم لمساعدة العميل على مواجهة ردود أفعاله على الزلة حيث إنها تعطي فرصة للتدريب على الأساليب المعرفية البنائية ، وبالإضافة إلى تعليم العميل أن يستجيب بشكل فعال عندما يواجه مواقف معينة عالية الخطورة، فإن هناك عدداً من إجراءات الاسترخاء الإضافية التي يمكن للمعالج أن يستخدمها لزيادة القدرة العامة للعميل على التعامل مع التوتر والضغوط . إن التدريب على الاسترخاء ربما يزود العميل بإدراك عام متزايد للضبط ، ومن ثم يقلل التوتر والعبء الذي يمكن أن يتعرض له الفرد في أي موقف . وبهذا الصدد فإن إجراءات مثل التدريب المتدرج على الاسترخاء العضلي ، والتأمل ، والأساليب المختلفة لضبط التوتر أو تنظيمه ***various stress management***

techniques تعتبر مفيدة جداً في مساعدة العميل على أن يواجه متطلبات الحياة اليومية بفعالية أكبر . إن الإدراك المتزايد للضبط يؤدي إلى فعالية ذات محسنة في عدد من المواقف المحددة .

إن توقعات النتائج الإيجابية تلعب دوراً مؤثراً في عملية الارتداد . فبعد أن يكون العميل قد امتنع لفترة من الزمن غالباً ما يحدث انحراف في الاتجاهات والمعتقدات بخصوص آثار المادة المتروكة أو النشاط المتروك . كما أن توقعات النتائج الإيجابية للآثار الحالية (الفورية) تصبح قوة دافعة ذات قدرات خاصة ولها صولات على نحو خاص على استعادة التعاطي عندما يواجه العميل موقفاً عالي الخطورة ويبدأ يشعر بأنه عاجز عن المواجهة على نحو فعال (فعالية ذات منخفضة) كما أن نمط الحياة غير المتوازن سوف يؤدي إلى زيادة الحاجة للإشباع الفوري . وفي أي الحالتين فإن الإغراء بالاستسلام والتخلي عن الضبط بالانخراط في النشاط المحرم سابقاً يعتبر تأثيراً قوياً تصعب مقاومته . وكنوع من التذكير بآثاره القوية فإنه يطلق عليه مشكلة الإشباع الفوري ***Problem of immediate gratification (P I G)***

إن التعليم أو المعرفة بخصوص الآثار الفورية والمؤجلة ، أو العاجلة والآجلة للعقاقير أو النشاط موضع الدراسة ربما يساعد في إحداث توازن في رؤية " الحشائش أكثر خضرةً " على الجانب الآخر من سياج الامتناع ، وفي رؤية المستقبل أكثر إشراقاً بعد الامتناع . إن المعلومات المتاحة عن الآثار بعيدة المدى للاستخدام المفرط للعقاقير على الصحة البدنية وعلى المصلحة أو السعادة الاجتماعية ربما تساعد في مواجهة الميل للتفكير في الآثار الفورية السارة قصيرة المدى فقط . إن الأبحاث والنظريات الحالية بخصوص المدى

الزمني للآثار التي تلي تعاطي الكثير من المواد المنشطة نفسياً تقترح أن الإثارة والشعور بالنشاط أو الخفة يتبعه بشكل متكرر آثار آجلة في الاتجاه المعاكس (قلق وعدم ارتياح متزايد وحالات سلبية مؤثرة أخرى) . إن رد الفعل ثنائي الطور هذا قد تمت ملاحظته في حالات الكحول والعقاقير والمنبهة النفسية الأخرى ، وغالباً ما يشار إليه مرتبطاً بنظرية العملية المعارضة للدافعية لتعاطي العقاقير التي طورها **سولومون** *(Solomon, 1977)* .

وقد وجد أن هناك أسلوباً مفيداً على نحو خاص في تعليم العملاء النظر إلى كل من الآثار العاجلة والآجلة للعودة للسلوك القديم ألا وهو استخدام مصفوفة القرار . وفي هذا الأسلوب يعرض على العميل الشكل العام أو الإطار الرئيسي في شكل جدول ذي ثلاث خانات (مصفوفة ٢×٢×٢) فيها العوامل التالية : قرار العودة إلى السلوك القديم أو الاحتفاظ بالامتناع ، الآثار العاجلة في مقابل الآثار الآجلة لأيٍ من القرارين ، وفي كلٍ من الفئتين السابقتين الآثار الإيجابية والسلبية المتضمنة . ثم يطلب من العميل بمساعدة المعالج أن يملأ كل خلية من خلايا المصفوفة الثمانية مدوناً في قائمة الآثار التي يعتقد أن لها أعظم تأثير . ومن المهم أن يذكر العميل في هذه القائمة جميع الآثار ذات الأهمية الذاتية ***subjective importance*** بغض النظر عن موافقة المعالج على اختيارات العميل أم لا . فقد ينظر المعالج إلى أثر ما على أنه غير مهم من الناحية الذاتية (مثلاً الخوف من زيادة الوزن بعد الإقلاع عن التدخين) في حين أنه ربما يكون ذا تأثير نفسي معقول بالنسبة للعميل . وللتأكيد على هذه النقطة الأخيرة يمكن أن يطلب من العميل أن يحدد تقديرات رقمية لكل من النتائج الإيجابية والسلبية المدونة لتوضيح قوتها

النسبية ويجب ملاحظة القيم المرتبطة بكل نتيجة محددة ربما تتغير مع الزمن بالنسبة لنقطة التغير السلوكي . وينبغي أن يتم تذكير العميل بأن يراجع المصفوفة في كل نقطة اختيار مهمة في المستقبل لاسيما إذا كان العميل يفكر في العودة إلى السلوك القديم . إن العملاء الذين يعتبرون على حافة الارتداد بشكل متكرر سوف ينتبهون فقط للآثار الإيجابية في هذه النقطة (ظاهرة مشكلة الإشباع الفوري) وسوف يغفلون أو ينكرون النتائج السلبية العاجلة والآجلة .

وماذا إذا فشل كل ذلك وحدثت الزلة ؟ يمكن إعداد العميل مقدماً ليواجه هذه النتيجة المحتملة ، وأن يطبق بعض الكوابح السلوكية والمعرفية لكي لا يتفاقم الارتداد الأولي ويتحول إلى ارتداد كامل . إن مزيجاً من مهارات المواجهة المحددة ***specific coping skills*** ومدخل إعادة البناء المعرفي ***cognitive restructuring approach*** يقدم أعظم ميزة بهذا الصدد .

أولاً : إننا بحاجة لأن نعلم العميل المهارات السلوكية لتعديل أو ضبط السلوك عندما يحدث . إن سلوكيات المواجهة تلك يمكن أن تحدد مقدماً في تعاقد علاجي .

ثانياً : إذا كان لمهارات الاستخدام المضبوط ***controlled use skills*** أن تنجح فإننا نأمر العميل في إجراءات إعادة البناء المعرفي أن يواجه بفعالية المكونات المتنوعة والمختلفة لأثر انتهاك الامتناع ***abstinence violation effect*** .

ثالثاً : إن استخدام خبرة الارتداد المبرمجة (التي فيها يحدث الاستخدام الأولي تحت شروط يتم الإشراف عليها) ربما تمثل أسلوباً فعالاً للوقاية يمكن استخدامه في حالات معينة . وستتم مناقشة كل من هذه المداخل في الفقرات التالية :

إن أول خطوة يجب اتخاذها لتعجيل أو لتوقع أي زلة محتملة هي أن نقرر أو أن نعلن ونحدد تعاقد علاجي للحد من مدى الاستخدام إذا ما حدث الارتداد . ومن الأفضل أن تحدد تفاصيل هذا التعاقد بالاشتراك الشخصي مع العميل .

إن الهدف الرئيسي لإعادة البناء المعرفي هو مواجهة المكونات المعرفية والمؤثرة لأثر انتهاك الامتناع . فبدلاً من التفاعل مع أول زلة على أنها علامة على الفشل الشخصي المتسم بالصراع والذنب والعزو الداخلي (إن هذا يثبت أنني لن أحقق أي فائدة وأنني مدمن عديم الحيلة ولا حول لي ولا طول) . وبدلاً من ذلك يتم تعليم العميل أن يعيد تصور الموقف على أنه حادث فردي مستقل – أن يعتبره خطأً أكثر مما يعتبره كارثة لا يمكن تجنبها . وكنوع من المساعدة الإضافية لإعادة تصور الموقف أو إعادة صياغة المفاهيم المرتبطة بالموقف) ، يمكن إعطاء العميل ملخصاً لموضوع إعادة البناء في صورة بطاقة تذكير . ويؤمر العميل بأن يحمل هذه البطاقة في جميع الأوقات التالية للعلاج الأولي . ويمكن طباعتها بحيث تكون في حجم حافظة النقود لكي يحملها بصفة دائمة في حافظة نقوده . ويجب مراجعة البطاقة فوراً في حالة حدوث أول زلة .

وعلى سبيل المثال لندرس بطاقة تذكير تم تصميمها حديثاً لبرنامج لضبط التدخين تم تطويره في جامعة أوريحون ***Oregon*** وطوره **إيدوارد ليختنستين** وزملاؤه . والمعلومات المعروضة في البطاقة تم تعديلها من خلال دراسة **مارلات وجوردون** ، ***(Marlatt & Gordon,1980)*** . ويمكن أن تطوى هذه البطاقة إلى نصفين . من فضلك احمل هذه البطاقة معك في جميع الأوقات ، وإذا حدث أن دخنت سيجارة ، فلتخرج هذه البطاقة مباشرةً ، ولتقرأها ، ولتتبع التعليمات . كما تحتوي الحاشية الخارجية على اسم البرنامج العلاجي ، ورقم تليفون يمكن الاتصال به للحصول على مزيد من المعلومات. ويحتوي الجزء الداخلي منها على الرسالة التالية :

" إن الزلة ليست شيئاً غريباً أو غير مألوف . إنها لا تعني أنك فشلت ، أو أنك فقدت السيطرة على سلوكك . وربما تشعر بالذنب بخصوص ما فعلته ، وربما تلوم نفسك على هذه الزلة . ويجب أن نتوقع هذه المشاعر . إنها جزء مما نطلق عليه أثر انتهاك الامتناع . وليس هناك سبب أو مبرر يدفعك للاستسلام لهذه المشاعر والاستمرار في التدخين . إن هذه المشاعر ستمر بمرور الزمن . ولتنظر إلى الزلة على أنها خبرة تعليمية . ما هي عناصر الموقف عالي الخطورة التي أدت إلى هذه الزلة . وما هي استجابة المواجهة التي كان ينبغي عليك أن تستخدمها لتتجنب هذا الموقف . فالزلة الواحدة يجب ألا ينظر إليها على أنها ارتداد كامل . إن مجرد ارتباكك لزلة واحدة لا يعني أنك فاشل أو أنك ليس لديك قوة إرادة أو أنك مدمن يائس أو ميئوس من علاجه . ولتنظر – يرحمك الله – إلى الزلة على أنها حدث

فردي مستقل ، وعلى أنها شيء يمكن تجنبه في المستقبل باستخدام استجابة مواجهة بديلة ."

وبالإضافة إلى المعلومات السابقة ، فإن بطاقة التذكير ***reminder card*** يمكن أن تحتوي على قائمة بالأشياء التي يجب فعلها . وهي تلخص النقاط الرئيسية لتعاقد الارتداد الذي تم وصفه سابقاً . كما أن وجود رقم تليفون للاتصال به عندما تحدث الزلة يعتبر إضافة مرغوبة ؛ لاسيما إذا كان البرنامج العلاجي يتضمن "خطاً ساخناً" ***hot line*** *على* مدار ٢٤ ساعة أو أي مصدر آخر مشابه يمكن فيه الوصول إلى المرشدين لمناقشة ردود أفعال العميل لأحداث الارتداد الكامنة أو الفعلية . بل وحتى الرسائل المسجلة مسبقاً على شرائط التسجيل والمصممة لتساعد العميل على مواجهة الموقف ستكون مساعدة مفيدة في البرامج التي يصعب فيها توفير خدمات إرشادية على مدار الساعة .

وآخر إجراء من إجراءات التدخل يتم وصفه في هذا الجزء هو استخدام الارتداد المبرمج ***programmed relapse*** . وفي هذا الأسلوب يطلب من العميل أن يدخن سيجارته الأولى ، أو التعاطي الأول تحت الإشراف المباشر للمعالج . إن هدف الارتداد المبرمج هو مساعدة العملاء – لاسيما أولئك الذين يذكرون أنهم عاجزون عن الاحتفاظ بالامتناع ويخططون لاستعادة نموذج العادة القديمة – بشكل موضوعي ليخبروا أو ليمارسوا الرجوع الأولي للسلوك المستهدف تحت إرشاد المعالج . وهناك عدة مزايا لهذا الإجراء ، فجدولة الارتداد في مكان وزمان يعينهما ويحددهما المعالج يمكن أن تمنع أو تعوق الاحتمالات الخطيرة الأخرى بأن يستعيد العميل العادة

تحت ظروف ضاغطة بدرجة عالية . وإلى المدى الذي عنده يعزو العميل قدرته على مواجهة المواقف الضاغطة لاستجابة المواجهة غير التكيفية والمتمثلة في التدخين أو التعاطي ، فإن احتمال الارتداد الكامل يزداد . ولمنع هذه النتيجة ينبغي على المعالج أن يقوم بجدولة الارتداد المبرمج لمكان وزمان محايدين نسبياً . فربما يقول المعالج على سبيل المثال "بلى لقد سمعت ما قلته عن رغبتك في العودة إلى التدخين ، ولكن أريد منك أن تسدي لي معروفاً : دعنا نجدول تدخين أول سيجارة لك بحيث تدخنها يوم الخميس القادم ظهراً في مكتبي . وسأعطيك أنا السيجارة . هل توافق على أن تنتظر قليلاً قبل أن تعود للتدخين ."

وفي الاستخدام الإكلينيكي لهذا الأسلوب مع المدخنين غالباً ما نجد أن هناك تعارضاً بين توقعات العميل قبل التدخين فيما يتعلق بآثار أول سيجارة وبين الآثار الفعلية التي يخبرها أو يمارسها ؛ وغالباً فإن هذا التعارض سيكون له أثر مميز يستعيد الامتناع ، ويرتكز بصفة أساسية على عدم تأكيد التوقعات . ولذا فإن استخدام الارتداد المبرمج يبدو أنه يعرض مميزات كثيرة إذا قورن بالسيناريو البديل الذي فيه يعود فيه الفرد للتدخين كاستجابة لحدث بيئي ضاغط .

الفصل الرابع

مدخل شامل لمنع الارتداد

(أساليب لتعديل نمط الحياة)



مدخل شامل لمنع الارتداد*

بالإضافة إلى تزويد العميل بمجموعة من المهارات المحددة والاستراتيجيات المعرفية كوسيلة لمواجهة مجموعة من المواقف عالية الخطورة فإن المعالج يمكن أيضاً أن يمنح أو يقدم عدة استراتيجيات شاملة بوسعها أن توفر إطاراً أوسع لمنع الارتداد . وذلك ببساطة بتعليم العميل الاستجابة لموقف عالي الخطورة بعد أن تكون استراتيجية أخرى غير كافية . وأحد الأسباب هو أنه من المستحيل بالنسبة للمعالج أن يحدد أو يعمل مع جميع المواقف عالية الخطورة المحتملة التي ربما يخبرها العميل أو يتعرض لها . وسبب آخر أن جلسات التدريب على المهارة تعتبر بالضرورة محددة أو مفصلة تماماً من حيث المحتوى ، وربما لا يحدث التعميم على مواقف أخرى مختلفة نوعاً . وتعليم العميل المهارات العامة لحل المشكلات سيعزز عملية التعميم إلى حد ما . ومع ذلك فإنه لتطوير برنامج وقائي كامل فمن الضروري أن نفعل شيئين إضافيين : أن نتدخل في النمط الإجمالي لأسلوب حياة العميل لزيادة القدرة العامة على التعامل مع التوتر ومواجهة المواقف عالية الخطورة بشعور متزايد بفعالية الذات ، وأن ندرب العميل على تحديد إشارات الإنذار المبكر غير المباشرة والمرتبطة بالمواقف ، والتجاوب معها، وعلى ممارسة استراتيجيات ضبط الذات لتقليل مستوى الخطر لأي موقف ربما يؤدي إلى حدوث الزلة ، وسوف نصف كلاً من هذه الطرق باختصار في هذا الجزء .

(Marlatt & Parks, 1982)

ثمة هدف رئيسي من أهداف مدخل أسلوب الحياة ، وهو أن تحل محل سلوك التدخين أو أي سلوكيات أخرى محتملة الضرر أنشطةٌ تحدد وتوصف بأنها "إدمان إيجابي" . وإذا كان الإدمان السلبي (مثلاً الإسراف في تعاطي العقاقير) يمكن أن يوصف بأنه نشاط جيد في البداية ولكنه يؤدي إلى ضرر على المدى البعيد ، فإن الإدمان الإيجابي (مثلاً مشي الهوينى) ربما يكون سلوكاً يخبره الفرد بصورة سلبية في البداية – لاسيما عندما يكون المرء في المراحل الأولى من التدريب . وغالباً ما تصبح الإدمانات الإيجابية رغبات حيث يبدأ الفرد في التطلع إلى الانخراط في النشاط ويفقد الآثار الإيجابية إذا كان النشاط أو التمرين لا يتم الاشتراك فيه بناءً على قاعدة منتظمة . وبالإضافة إلى ذلك فنظراً لأن الفرد غالباً ما يحب أن يكتسب مهارات جديدة في تطوير وتنمية إدمان إيجابي ، فإن فعالية الذات غالباً ما تزداد كنتيجة لذلك . وبشكل مشابه ، فلأن الممارسة المنتظمة لهذه السلوكيات مرتبطة بشعور أكبر بالاسترخاء أو تحسن بدني كبير ، فإن القدرة العامة على المواجهة تزداد ، وربما تصبح المواقف عالية الخطورة أسهل من حيث التعامل معها .

وهناك عدد من الأنشطة التي يبدو أنها تعزز فعالية الذات وتوفر بدائل للاستخدام المفرط للعقاقير . ويعتبر التأمل واحداً من أسهل الأنشطة من حيث تعلمه. والتأمل والإجراءات الشبيهة به مثل الاسترخاء يوفر شعوراً عميقاً بالاسترخاء وغالباً ما يوصف بأنه خبرة عالية من قبل أولئك الذين ينخرطون فيه على قاعدة أو أساس منتظم. وقد أظهر البحث في مجال التأمل أن الممارسة المستمرة مرتبطة بقدرة متزايدة على مواجهة مجموعة من المواقف الضاغطة .

كما أن هناك إجراءات أخرى لمدخل أسلوب الحياة يتم شرحها أو تزكيتها اعتماداً على الحاجات والقدرات الفردية للعميل . إن برنامجاً منتظماً من التدريبات مثل الجري أو مشي الهوينى يعتبر ترياقاً أو علاجاً محتملاً للإسراف في تعاطي

العقاقير أو السلوكيات المتساهلة المرتبطة به لاسيما استخدام العميل الجري كبديل للوقت المعتاد الذي يقضيه العميل في تعاطي العقاقير . وهناك أنشطة أخرى تشمل ممارسة الهوايات ، والعمل بالحديقة ، والقراءة ، وحضور الحفلات ، والمهام الأخرى التي تتسم بالإبداع . إن تعلم الاشتراك في الرياضات الإدمانية مثل التزحلق على الجليد ، والإبحار في القوارب الشراعية ، وسباق السيارات يمكن أن يتم تزكيتها أو ترشيحها للعملاء المغامرين لأن هذه الرياضات تقدم خبرة بديلة عالية ومكثفة . إن برمجة فترات وقت الفراغ أثناء النهار عندما يستطيع العميل أن يتبع اهتماماته الخاصة (مثلاً التسوق ، تناول الغداء مع أحد الأصدقاء ....الخ) تساعد في إحداث توازن في جدول مزدحم بالأشياء الواجب فعلها . إن الأنشطة التي تقدم شكلاً فورياً من الإشباع الذاتي (مثل التدليك ، وتناول وجبة دسمة ..الخ) يمكن أن تخدم كبدائل تقدم في آخر لحظة أو أشكال بديلة للتسامح الذاتي أو الانغماس الذاتي لاسيما عندما يكون الإغراء بالاستسلام لإغراء التمسك بالعقاقير مكثفاً بدرجة كبيرة . إن مدخل أسلوب الحياة ربما يشمل أيضاً برامج علاجية ذات آثار صادمة على حياة العميل ، مثل العلاج الزواجي ، والإرشاد الوظيفي أو التغيير في بيئة الفرد المادية أو الاجتماعية .

إن الرغبة في الانغماس الذي يبرز من أسلوب حياة غير متوازن ربما تعبر عن نفسها بصورتين مؤثرتين عادة ما تكون جسدية ومعرفية . وعلى الجانب الجسدي ، يمكن أن تعبر الرغبة عن نفسها في صورة بواعث (دفعات مفاجئة للانخراط في النشاط الممنوع) واستجابات التعلق أو آثار الإشباع الفوري) . وبشكل بديل فإن الرغبة يمكن أن تأخذ شكل التحريفات أو الالتواءات المعرفية التي تعد المسرح أو تعطي تصريحاً أو إذناً للارتداد المحتمل ، مثل التفكير أو التعقل ، أو الإنكار ، أو القرارات غير المترابطة بشكل واضح . ويمكن مواجهة كل رد فعل من ردود الأفعال السابقة باستخدام استراتيجيات منع الارتداد .

وإلى المدى الذي تتم عنده إثارة البواعث والحنين الشديد بواسطة المثيرات الخارجية مثل منظر أو رائحة السجائر أو الكحول أو المواد الأخرى فإن يمكن أن يمارس قدراً كبيراً من الضبط ببساطة عن طريق إزالة أكبر قدر ممكن من المثيرات المغرية من بيئته اليومية . والهدف العام لإجراءات ضبط المثير يمكن تلخيصه في المثل القديم الذي يقول "ما غاب عن العين غاب عن القلب" فالبيئة التي تستخدم فيها أساليب ضبط المثير ذات أهمية خاصة لاسيما في المراحل الأولى للامتناع . وعبر نفس الخطوط يمكن تشجيع العميل للاستفادة من استراتيجيات التجنب البسيطة ، والابتعاد عن المواقف عالية الخطورة التي ربما تثير بواعث أو رغبات قوية للاستسلام .

والنقطة الرئيسية التي يجب التركيز عليها هاهنا هي أن التعلق الشديد والبواعث تعتبر استجابات داخلية : مثلها مثل مجرد أي استجابة (مثل الاستجابة العاطفية المشروطة) ، حيث إن لها أسلوب عمل معين ، يتميز باختفاء أو كمون البداية ، والكثافة ، والفترة . وأهم شيء يجب على العميل أن يتذكره هو أن استجابات هذه البواعث واستجابات التعلق الشديد سوف تنشأ وتخمد وتتلاشى من تلقاء نفسها. إن الأفراد الذين يستسلمون لتلك البواعث ربما يتمسكون بالافتراض الخاطئ الذي مفاده أن الباعث سيستمر في الزيادة بكثافة حتى يصبح من المستحيل مقاومته . ومع ذلك فإن الاستسلام للحنين الشديد أو الباعث في ذروة كثافته يزيد من احتمال أن تكتسب العادة أو الاستجابة القديمة قوة إضافية ، وأن يتم تعزيز عادات المواجهة غير التكيفية عن طريق تقليل التوتر الذاتي والإثارة المرتبطة بتعاظم أو نمو باعث الحنين الشديد . وبنفس الطريقة كوسيلة للهروب أو التجنب يتم تدعيم الاستجابة ع طريق تقليل أي حالة عاطفية منفرة أو غير سارة . ومن ناحية أخرى إذا كان الفرد قادراً على انتظار نمو أو تضاؤل الحنين الشديد دون الانخراط في نموذج العادة القديمة فإن الضغط الداخلي للاستجابة سوف ينطفئ

ويتلاشى في النهاية خلال عملية الانطفاء . إن أكثر الطرق فعالية في مواجهة خبرات الحنين الشديد والباعث أو الرغبة الملحة هو تنمية الشعور بالاستقلال أو الانفصال فيما يتعلق بهما . وبدلاً من التطابق أو التشابه مع الرغبة الملحة (مثلاً "إنني فعلاً أريد سيجارة الآن بحق") يمكن تدريب العميل على أن يراقب الرغبة الملحة أو الرغبة من وجهة نظر ملاحظ مستقل أو محايد ، (مثلاً "إنني الآن أخبر رغبة ملحة أو باعثاً على التدخين") . وعن طريق تجسيد أو عزو التعلق أو الحنين الشديد لأسباب خارجية وملاحظتها بعين الملاحظ ، فسيكون هناك ميل متناقص للتشابه مع الباعث والشعور بالخضوع لقوته . والموقف مشابه لقارب يركب الأمواج العالية في المحيط : فالباعث يشبه تعاظم الأمواج وارتفاعها وهي ما يأمل القارب أن يركبها دون أن يتحطم . وبطريقة مشابهة فإننا نأمل في تدريب العميل على أن يركب قمة الباعث أو التعلق الشديد ، محتفظاً بالتوازن حتى تنكسر قمة الموجة وتتلاشى موجة المشاعر في النهاية . وينظر معظم العملاء إلى خبرات التعلق الشديد المتكررة على أنها إشارة أو علامة على أن العلاج كان غير ناجح أو أن الارتداد وشيك . وهذا الاتجاه الانهزامي يفشل في وضع الاعتبارات الحقيقية التي مفادها أنه يجب توقع هذه الاستجابات كجزء طبيعي من عملية العلاج أو الشفاء : إن معرفة أن هذه الاستجابات عبارة عن استجابات مشروطة وأنها ستضعف تدريجياً في كثافتها كنتيجة لاستمرار عملية الانطفاء ، فمعرفة ذلك تحرر المرء من العزو أو التفسير الخاطئ بأن المرء بطريقة ما مسئول عن حدوث هذه الاستجابات وأن ذلك مرده إلى الضعف الشخصي أو وجود شخصية إدمانية ، ويمكن تعليم العملاء أن أكثر نقطة فعالة يمكن التدخل عندها في سلسلة الأحداث المرتبطة بالرغبة أو التعلق الشديد بالإشباع هي الوصلة الترابطية بين استجابة التعلق الشديد نفسها والباعث التابع أو النية في الاشتراك في الاستجابة الاستهلاكية.

وهناك أسلوب آخر لمساعدة العميل على مواجهة التعلق الشديد والبواعث وهو **استخدام تخيل المواجهة** ***coping imagery*** . فالتخيل يمكن أن يستخدم لمساعدة الفرد على تجسيد الباعث ومواجهته بإحساس أكبر بالسيطرة وفعالية الذات. وكمثال استخدم الشكل العسكري كوسيلة لمواجهة البواعث على استعادة التدخين . إن التخيل العسكري مفيد كترياق أو علاج للسلبية والتضحية التي غالباً ما يخبرها العميل الذي يشعر بسيطرة البواعث أو الرغبات الملحة المكثفة عليه بسهولة . وفي هذا المثال يعطي العميل تعليمات بأن يتخيل أنه تابع مقاتل يُفترض أنه في خدمته ويقوم بالمراقبة تحسباً لهجوم محتمل من العدو . وهاهنا تم تحديد العدو بأنه أي باعث على التدخين ؛ ومن وجهة نظر المحارب فإنه يعتبر هجوماً على حياة الفرد (وهي من وجهة نظره ليست بعيدة عن الحقيقة إذا وضعنا في الاعتبار المخاطر الصحية الخطيرة المرتبطة بالارتداد إلى التدخين) . إن واجب المحارب واجب بسيط وهو تمييز وتحديد الباعث عندما يظهر لأول مرة وأن يستخدم سيف الحذر والوعي ليذبح الباعث قبل أن يحدث أي دمار .

والتعلق الشديد والبواعث لا تؤدي في أغلب الأحوال إلى أفعال متهورة فورية . فعلى سبيل المثال ، في كثير من المواقف لا يمكن تنفيذ الاستجابة الاستهلاكية في الحال بسبب تحديد آثار الكوابح المرتبطة بالمواقف مثل عدم توافر المادة أو العقار ، ووجود الآخرين الذين ربما يعرضون عقوبات سلبية أو نحو ذلك من الحدود . وهاهنا يمكن التسامي على الرغبة في الإشباع الفوري بصورة مؤقتة وطرحها في صورة التخطيط المقنَّع أو غير المباشر أو من وراء حجاب ، أو التخيلات المرتبطة بأداء فعل النشاط المحرم . وبسبب الاحتمال الكامن للصراع والذنب المرتبطين بهذه الخطط والمشروعات المقنَّعة ، فإن العميل يحتمل أن يشترك في ميكانيزمات الدفاع الخاصة بالتعقل أو الإنكار . ويمكن توجيه هذه المناورات الدفاعية نحو حجب أو إخفاء الحقيقة بخصوص اختيارات أو قرارات

معينة تم تصميمها بشكل مقنّع أو خفي لتعد المسرح للارتداد الكامن أو المحتمل ، وبالتحديد ميل الفرد لاتخاذ قرارات مستقلة بشكل واضح وهي تلك التي تقترب بالفرد من حافة الإغراء . إن القرار المستقل بشكل واضح هو قرار يضع الفرد في خطر أعظم للارتداد الكامن أو المحتمل رغم أن القرار نفسه يبدو قراراً غير مرتبط بالموضوع أو قراراً بريئاً على المستوى السطحي . والمثال في هذه الحالة سيكون المدخن السابق الذي يقرر فجأةً أن يجلس في المنطقة المخصصة للمدخنين على متن الطائرة ليجد نفسه جالساً بجوار من يقدم له سيجارة عندما ترفع لافتة "ممنوع التدخين" بعد إقلاع الطائرة . أو مدمن الكحول الذي يقرر بعد ثلاثة أشهر من الالتزام أن يحتفظ بشراب كحولي في البيت تحسباً لأن يفد إليه بعض الضيوف الذين يرغبون في مشروب . وفي مدخل منع الارتداد يحاول المعالج أن يدرب العميل على أن يواصل استخدام التعقل والإنكار ليميز ويتعرف على ميكانيزمات الدفاع المعرفية عندما تحدث ، وأن يستخدمها كإشارات تحذير مبكرة أو مثيرات تمييزية تدل على الحاجة لإجراء وقائي . وبعبارة أخرى ، يتم تعليم العميل أن يكتشف نذر الارتداد وأن يرفع عليها الأعلام الحمراء كعلامات تحمل الرسالة التالية : "**قف ، أنظر ، استمع . أمامك خطر ، استخدم طريقاً آخر.**"

وعندما يتم تدريب العميل على أن يتعرف على إشارات الإنذار المبكر ، فما الذي يمكن فعله لتغيير مسار الأحداث التي ربما تؤدي للارتداد ؟

هاهنا يتم إعطاء العميل تعليمات بأن يهدئ سرعته ، وأن يتوقف قبل أن يواصل مسيره ، وأن يستقطع بعض الوقت لكي يحصل على نظرة أشمل وأوسع عن المكان الذي تؤدي إليه تلك الأفكار والأحداث .. وهناك أسلوبان مفيدان على نحو خاص في عملية اتخاذ القرار في هذه المواضع الهامة التي تعتبر نقاط اتصال وهما : مراجعة مصفوفة القرار ، استشارة خريطة الطريق المرتبطة بالارتداد والمعدة لشخص ما لتحديد موقع الفرد الحالي آخذاً في اعتباره الأغراض البديلة

المتعددة . ونأمل أن يُمَكِّن هذا الصدع في سلسلة الأحداث العميل من أن يرى الصورة الكبيرة للمكان الذي ربما يقوده إليه سلوكه وأن يتخذ إجراءاً تقويمياً ، كأن يرجع إلى نقطة اتصال سابقة ، أو يخطط لأن ينعطف وينحني ليتجنب مواقف عالية الخطورة وشيكة الوقوع ...الخ)

ويمكن مراجعة مصفوفة القرار وتحديثها بواسطة العميل أثناء خبرة الوقت المستقطع . إن اختبار القرار الأصلي وقائمة أسباب اتخاذ قرار تغيير سلوك الفرد في (صورة كل من الآثار العاجلة والآجلة السلبية والإيجابية) ربما يكون له الأثر المرغوب وهو مواجهة ميكانيزمات التشويه أو التحريف المعرفي . ونظراً لأنه ربما يكون من المحتمل أن يكون العميل قد تجاهل من قبل المكونات المرتبطة في مصفوفة القرار ، وذلك نتيجة لدمج أثر الإنكار والتعقل ، فإن اختبار المصفوفة الكاملة ربما يسمح للعميل بأن يكتسب منظوراً أوسع وأن يرى الغابة كاملةً بدلاً من التركيز في حالة منحرفة على أشجار . إن مراجعة مصفوفة القرار تعتبر إجراءً أساسياً يجب اتباعه بعد أن يكون العميل قد امتنع (أو بطريقة أخرى قد غير سلوكاً مستهدفاً) لفترة من الوقت ، ونظراً لأن هذا التأثير المؤقت سيؤدي في العادة إلى انحراف في الآثار الإيجابية والسلبية المرتبطة بالقرار الأولى بالتغيير (وهذا يعني أن الآثار السلبية المادية للتدخين ستكون قد خمدت) . إن المراجعة الدقيقة لجميع الأسباب التي تؤدي إلى اتخاذ القرار الأصلي بالتغيير ، وبالتركيز على الآثار الآجلة ، ربما تحدث تغييراً في توقعات العميل التي ستيسر الالتصاق المستمر بالأهداف الأصلية للعلاج .

إن خريطة طريق الارتداد أسلوب خيالي يمكن العميل من أن يتوقع حدوث مواقف محتملة ذات خطورة عالية مقدماً قبل حدوثها الفعلي ، وأن يخطط الطرق البديلة أو الاستراتيجيات البديلة اللازمة لمواجهة هذه الضرورات . وفي التطبيق الإكلينيكي لهذا الإجراء يطلب من العميل أن يعد خريطة قبل أن يشرع في رحلة

الإقلاع . وهاهنا يمكن للمعالج أن يطلب من العميل أن يعد قائمة بجميع المواقف عالية الخطورة المحتملة والتي يمكن أن يواجهها بعد أن يبدأ في برنامج تعديل السلوك . ما هي المشكلات التي يحتمل أن يواجهها المرء في الثلاثة أشهر القادمة؟ في الستة أشهر القادمة ؟ أي تغيرات هامة في حياة الفرد شخصية (العلاقات ، الوظيفة ، ترتيبات المعيشة ...الخ) أي تغييرات تمزيقية محتملة أو غير مألوفة في نظام الحياة مثل الرحلات ، الأجازات والاحتفالات ، والصعوبات المالية ، والمشكلات الصحية ؟ إن أي مواضع مشكلات محتملة أو غير مألوفة ينبغي أن توضح على الخريطة مع ربطها بالطرق السريعة التي تمثل خط سير الأحداث عبر الزمن والتي ستقود المرء إلى أي من تلك الأغراض الصعبة . إن وضع الصعوبات المحتلة على الخريطة مقدماً يمكِّن من تحذير العميل بحيث يكون مراقباً لإشارات الإنذار المبكر المتنوعة وأن يكون مستعداً لاتخاذ إجراءات علاجية . ويمكن تحديد الطرق الجانبية البديلة مسبقاً ، وكذلك الاستراتيجيات الوقائية مثل استخدام وقفات الاستراحة لاتخاذ القرار وإتاحة استجابات مواجهة بديلة في مراحل الطريق المختلفة . ومن المفيد هاهنا أن يمارس العميل سلوكيات مواجهة بالفعل أثناء **بروفة الارتداد** مع المعالج .

وأخيراً ينبغي أن تعطى تعليمات للعميل بخصوص استخدام استراتيجيات التجنب في اللحظة الأخيرة التي يمكن توظيفها عندما تفشل جميع المحاولات الأخرى لمواجهة المواقف عالية الخطورة . هل هناك طريق جانبي يمكن استخدامه لتجنب مخاطر مواجهة الموقف عالي الخطورة ؟ وإذا كان الأمر كذلك فيجب أن يشار إليه بوضوح على خريطة طريق العميل ليستخدمها عند الطوارئ . وكما يعتقد أن فئران **تولمان** قد تعلمت عن طريق الخرائط المعرفية أن تصل إلى الصندوق المستهدف في نهاية متاهة التعلم ، فإن العملاء يمكن تدريبهم على

استخدام خرائط طريق الارتداد لمساعدتهم في الوصول إلى طريقهم خلال متاهة أحداث الحياة اليومية لكي يصلوا إلى هدفهم النهائي والله المستعان، وعليه التكلان.

المراجع



Abrams, D.B.& Follick, M. J. (1983) Behavioural weight loss intervention at the worksite; feasibility and maintnance. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology : 5 - 226—233.***

Abrams, D. B., Monti, P. M., Pinto, It. P., EIder, J. P.. Brown. R. A., & Jacobus, S. 1. (1986). Psychosocial stress and coping in smokers who quit. Unpublished manuscript.

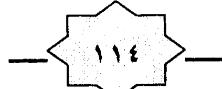
Abrams, D. B., & Wilson, G. T (1986). Habit disorders: Alcohol and tobacco dependence. In A. J. Frances & R. E. Hales (Eds.) TheAmerican Psychiatric Association Annual Review (Vol. 5, pp. 606—626). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Ashley, F. W. & Kannel W. B. (1974). Relation of weight change to change in atherogenic traits: The Framingham study. ***Journal of Chronic Disease. 27. 103—114.***

Ashton. H., & Stepney, R. (1982). *Smoking: Psychology and pharmacology.* London: Tavistock.

Azrin, N. H. (1976). Improvements in the community-reinforcement approach to alcoholism. ***Behaviour*** *Research and Therapy, 14,* 339—348.

Bandura, A. (I 977a). Social learning theory Englewood Cliffs. NJ: prentice-Hall.



Bandura, A. (1977b). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behaviour change. *Psychological Review 84,* 191—215.

Bandura A.. & Simon. K. M. (1977). The role of proximal intentions **in self-regulation of refractory behaviour.** *Cognitive Therapy and Research. 1,* **177-193.**

Bennett, W., & Gurin. J. (1982). The dieter's dilemma: Eating less and weighing more. New York: Basic Books.

Best, J. A. (1980). Mass media, self-management, and smoking modification. In P. 0. Davidson & S. M. Davidson (Eds.), Behavioural medicine: Changing health lifestyles (pp. 371—390). New York: Brunner/ Mazel.

Bigelow. G., Stitzer, M. L., Griffiths. R. R., & Liebson, I. A. (1981). Contingency management approaches to drug self-administration and drug abuse: Efficacy and limitations. ***Addictive Behaviours. 6.*** 241-**252.**

Bray, G. A. (1976). *The obese patient.* Philadelphia: Saunders.

Brown. R. A.. Lichtenstein. E., McIntyre, K. O., & Harrington-Kostur.J. (1984). Effects of nicotine fading and **relapse** prevention **on smoking** cessation. ***Journal of Consulting***

and Clinical Psychology, 52. 307—308.

Brownell, K. D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious prevalent, and refractory disorder. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 50, 820—840.***

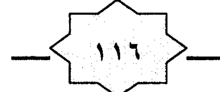
Brownell. K. D. (1984a). Behavioural, psychological, and environmental predictors **of** obesity and success **at** weight reduction. ***International Journal of Obesity. 8. 543—550.***

Brownell, K. D. (1984b). The psychology and physiology of obesity:Implications for screening and treatment. ***Journal of the American Dietetic Association. 84, 406-14.***

Brownell, K. D. (1985). The LEARN Program for weight controL Unpublished treatment manual, University of Pennsylvania.

Brownell, K.D. (1986). Public health approaches to obesity and its management. *Annual Review of Public Health, 7,* **521—533.**

Brownell, K. D., Cohen, R. Y., Stunkard. A. J., Felix, M. J., & Cooley, N. B. (1984). Weight loss competitions at the work site: Impact on weight, morale, and cost-effectiveness.*American* ***Journal of Public Health. 74.*** **1283—1285.**



Brownell, K. D., Greenwood, M. R. C., Shrager E. E., & Stellar E. (1986). Dieting induced efficiency: Metabolic and behavioural adaptations to cycles of weight loss and regain. Manuscript submitted **for** publication.

Brownell, K. D., Heckerman, C. L., Westlake, R. J., Hayes. S. C.. & Monti, R M. (1978). The effect of couples training and partner co-operativeness **in the** behavioural **treatment of obesity.** ***Behaviour Research and Therapy. 16. 323—333.***

Brownell, K. D., & Stunkard, A. J. (1980). Physical activity in the development and treatment of obesity. In A. J. Stunkard (Ed.), Obesity (300-324). Philadelphia: Saunders.

Brownell, K. D., & Stunkard, A. J. (1981). Couples training, pharmacotherapy, and behaviour therapy in treatment of obesity. ***Archives of General Psychiatry. 38, 1223—1229.***

Chancy, B. F, O'Leary, M. R., & Marlatt, C. A. (1978). Skill training with alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology. 46.*1092—I 104.

Brownell, K. D., Marlatt, G. A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T (1986). Understanding and Preventing Relapse. ***American Psychologist,41, 765 -782.***

Chaney, E.F., O'Leary, M.R., and Marlatt, G.A. (1978) Skill training with alcoholics. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,***

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. ***Psychosomatic Medicine, 38. 300-314.***

Cohen, E. A., Gelfand, D. M., Dodd, D. **K., Jensen. 3., & Turner. C. (1980).** Self-control practices associated with weight loss maintenance in children and adolescents. ***Behaviour Therapy, II, 26-37.***

Cohen, S., & Syme. L. (1985). Social support and health. New York: Academic press.

Colletti. C., & Brownell. K. D. (1982). The physical and emotional benefits of social support: Applications to obesity, smoking, and alcoholism. In M. Hersen. P. M. Eislet & P. M. Miller (Eds.), ***Progress in behaviour*** *modification* (13, 110—179). New **York:** Academic Press.

Colletti, C., & Supnick, J. A. (1980). Continued therapist contact as a maintenance strategy for smoking reduction. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48, 665 – 667.***

Colletti, C., Supnick, J. A., & Payne, T J. (1985). The Smoking Self-Efficacy Questionnaire: A preliminary validation. ***Behavioural Assess-***

ment. 7, 249—254.

Condiotti. M. M., & Lichtenstein. E.(1981) Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49, 648—658.***

Cooney, N. L., & Kopel, S.A. (1980). *Controlled relapse: A social learning approach to preventing smoking recidivism.* Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Montreal.

Cooney, N. L., Kopel. S. A.. & McKeon, P. (1982). Controlled relapse training and self-efficacy in er-smokers. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association. Washington, DC.

Coppotelli. H. C. & Orleans. C. T. (1985) . Spouse support for smoking cessation maintenance by women. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 53, 455-460.***

Craighead, L. W. (1984). Sequencing **of behaviour** therapy **and** pharmacotherapy **for** obesity. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,52.190—199.***

Craighead, L. W, Stunkard. A. J., & O'Brien, R. (1981). Behaviour therapy and pharmacotherapy **for** obesity. ***Archives of General Psychiatry, 38.763—768.***

Cronkite. R., & Moos. R. (1980). The determinants of posttreatment functioning of alcoholic patients: A conceptual framework. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48. 305—316.***

Cummings, C., Cordon. J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), The addictive disorders: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking, and obesity (pp. 291— 322). New York: Pergamon.

Dahlkoetter J., Callahan, E.J., & Linton, J. (1979). Obesity **and the** unbalanced energy equation: Exercise vs. eating habit change. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 47, 898—905.***

Davis. A. L. Faust, R., & Ordentlich. M. (1984). Self-help smoking cessation and maintenance programs: A comparative study with 12-month follow-up by the American Lung Association. ***Amencan Journal of Public Health. 74, 1212—1219.***

DiClemente, C. C., & Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behaviour A comparison of processes of change in cessation and maintenance. ***Addictive Behaviours, 7. 133—142.***

Dubbert, P. M., & Wilson, G. T. (1984). Goal-setting and spouse involvement in the treatment of obesity. ***Behaviour Research and Therapy, 22, 227—242.***

Elandt-Johnson, R. C., & Johnson, N. L. (1980). Survival models and data analysis. New York: Wiley.

Epstein, L. H., & Cluss. P. A. (1982). A behavioural medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50, 950-971.***

Epstein. L. H., Wing, R. R., Koeske, R., Andrasik, F., & Ossip, D. J. (1981). Child and parent weight loss in family-based behaviour modification programmes. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology.49, 674—685.***

Fagerstrom, K. O. (1982). A comparison of psychological and pharmacological treatments in smoking cessation. ***Journal of Behavioural Medicine, 5, 343—351.***

Foreyt, J. P., Mitchell, R.E., Garnez D. T, Gee, M., Scott L. W., & Gotto, A. M. (1982). Behavioural treatment of obesity: Results and limitations. ***Behaviour Therapy, 13. 153—163.***

Gartner,A.&Reissman,F. (1984) The self-help resolution. New York: Human Science Press.

Gilbert. D. G. (1979). Paradoxical tranquilizing and emotion-reducing effects of nicotine. ***Psychological Bulletin. 86, 643—661.***

Glasgow, R. E., Schafer, L., & O'Neill, H. K. (1981). Self-help books and amount of therapist contact in smoking cessation programs. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 49, 659-667.***

Glasser, W. (1976). Positive addiction. New York: Harper & Row.

Goldstein, S., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1984). Atiributional processes and relapse following smoking cessation. Paper presented at the meeting of the American Psychological Association, Toronto.

Graham, L. E., II, Taylor, C. B., Hovell, M. F., & Siegel, W. (1983). Five-year follow-up to a behavioural weight loss programme. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51, 322—323.***

Grunberg, N.E. (1982). The effects of nicotine and cigarette smoking on food consumption and taste preferences. ***Addictive Behaviours, 7,3 17—331.***

Grunberg, N. E., & Bowen, D. J. (1985) Coping with **the** sequelae **of** smoking cessation. ***Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation, 5,285—***

289.

Grunberg, N. E., Bowen, D. J., Maycock, V.A., & Nespor S. M. (1985). The importance of sweet taste and caloric content in the effects of nicotine on specific food consumption. ***Psychopharmacology, 87, 198-203.***

Grunberg. N. E.. Bowen, D. .J., & Morse, D. E. (1984). Effects of nicotine on body weight and food consumption in rats. ***sychopharmacology,83,93—98.***

Hagen, R. L., Foreyt, J. P., & Durham, T W, (1976). The dropout problem: Reducing attrition in obesity research. ***Behaviour Therapy 7, 463—471.***

Hall, S. M., Rugg, D., Tunstall, C., & Jones, R. T (1984). Preventing relapse to cigarette smoking by behavioural skill training. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 372—382.***

Hall, S. M., Tunstall, C., Rugg, D., Jones, R. T, & Benowitz, N. (1985). Nicotine gum and behavioural treatment in smoking cessation. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 53, 256—258.***

Harris, M. G., & Hallbauer, E. S. (1973). Self-directed weight control through eating and exercise. ***Behaviour Research and Therapy,***

11,523—529.

Hodgson, R. J. (1980). The alcohol dependence syndrome: A step in the wrong direction? ***British Journal of Addiction, 75, 255—263.***

Hodgson, R. J., Rankin, H. J, & Stockwell, T R. (1979). Alcohol dependence and the priming effect. ***Behaviour Research and Therapy17, 379-387.***

Horn, D. A. (1976). A model for the study of personal choice health behaviour. ***international Journal of Health Education, 19, 89-98.***

Hunt, G. W., & Azrin, N. H. (1973). A community-reinforcement approach to alcoholism. ***Behaviour Research and Therapy 11, 91-104.***

Hunt, W. A., Baniett, L. W., & Branch, L. G. (1971). Relapse rates in addiction programs. ***Journal of Clinical Psychology, 27, 455—456.***

Hunt. W. A., & Matarazzo, J. E. (1973). Three years later Recent developments in the experimental modification of smoking behaviour. ***Journal of Abnormal Psychology, 81, 107—114.***

Janis. I. L. (1983). The role of social support in adherence to stressful decisions. ***American Psychologist. 38, 143—160.***

Jeffery, R. W., Bjornson-Benson, W. M., Rosenthal, B. S., Lindquist, R. A., Kurth, C. C., & Johnson, S.C. (1984). Correlates of weight loss and its maintenance over two years of follow-up in middle-aged men. ***Preventive Medicine. 13, 155—168.***

Jeffery, R. W, Forster J. L., & Snell, M. K. (1985). Promoting weight control at the worksite: A pilot program of self-motivation using payroll based incentives. ***Preventive Medicine, 14. 187—194.***

Jeffery, R. W., Gerber, W. M., Rosenthal, B. S., & Lindquist, It. A. (1983). Monetary contracts in weight control: Effects of group and individual contracts. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,242—248.***

Jeffery, R. W, Snell. M. K., &Forster,J. L. (1984). Group composition in the treatment of obesity: Does increasing group heterogeneity improve treatment results? ***Behaviour Research and Therapy, 23, 371-373.***

Jeffery, R. W, & Wing, R.R. (1983). Recidivism and self-cure of smoking and obesity: Data from population studies. ***American Psychologist, 36,852.***

Jeffery. R. W., Wing, R.R. & Stunkard, A. J. (1978). Behavioural treatment of obesity: State of the

art in 1976. ***Behaviour Therapy 6, 189-199.***

Jones, E.E., Kanouse, D.E., Kelley, H.H., Nisbett, R.E., Valins, S., and Weiner, B. (1972). Attribution: Perceiving the Causes of Behaviors. Morristown, N.J.: General Learning Press,.

Katahan, M., Pleas, J., Thackery, M., & Wallston. K. A. (1982). Relationship of eating and activity self-reports to follow-up weight maintenance in the massively obese. ***Behaviour Therapy 13, 52 1—528.***

Killen, J. D., Maccoby, N., & Taylor, C. B. (1984). Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. ***Behaviour Therapy, 15. 234—248.***

Koplan,J. P., Powell, K. E., Sikes, R. K., Shirley, R. W., & Campbell,C. C. (1982). An epidemiologic study of the benefits and risks of**running.** ***Journal of the American Medical Association. 248, 3118— 3121.***

Lando, H. (1981). Effects of preparation, experimenter contact, and amaintained reduction alternative on a broad-spectrum programme for eliminating smoking, *Addictive Behaviours, 6.* 361—366.

Lando, H. & McGovern, P. (1982). Three-year data on a behavioural treatment for smoking A follow-up note. ***Addictive Behaviours, 7, 177-181.***

Levison, P. K., Gerstein, D. R., & Maloff, O. R. (Eds.). (1983). *Cornmonalities in substance abuse and habitual s.* Lexington, MA: Lexington.

Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioual perspective. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology 50, 804-819.***

Lichtenstein, F. (1984). Systematic follow-up of slips and relapses aftersmoking cessation.

Lichtenstein, E., Antonuccio, D.O., & Rainwater, G. (1977). *Unkicking the habit: The resumption of cigarette smoking.* Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association. Seattle.

Lichtenstein, F., & Rodrigues. M-R. P. (1977). Long-term effects of rapid smoking treatment for dependent cigarette smokers. ***Addictive s, 2, 109-112.***

Ludwig, A.M. & Wikler, A. (1974) . "Craving" and Relapse to Drink. Quarterly ***Journal of Studies on Alcohol, 35:108-130.***

Ludwig, A. M., Wikler. A., & Stark, L. H. (1974). The first drink: Psychobiological aspects of craving. ***Archives of General Psychiatry 30,5 39—547.***

Marlatt, G. A. (1978). Craving for alcohol, loss of control, and relapse:A cognitive-behavioural analysis. In P.E., Nathan, G. A. Marlatt. & T Loberg (Eds.), Alcoholism: New directions in al research andtreatment (271—314). New York: Plenum.

Marlatt, G.A. (1973). A Comparison of Aversive Conditioning Procedures in the Treatment of Alcoholism. Paper presented at the meeting Of Thè Western Psycological Association, Anaheim, Calif.

Marlatt, G.A. (1976) The drinking profile: A questionnaire for the behavioral assessment of alcoholism. In: Mash, E.J. andTerdal, L.G.,eds. Behavior Therapy Assessment: Diagnosis, Design, and Evaluation. New York: Springer.

Marlatt, G.A. (1978) Craving for alcohol, loss of control, and relapse: A cognitive-behavioral analysis. In: Nathan, P.E., Marlatt, G.A., and Lob.erg, T., eds. Alcoholism: New Directions in Behavioral Research and Treatment. New York: Plenum.

MaTlatt, G.A. (1979). Alcohol use and problem drinking: A cognitive- behavioural analysis. In: Kendall, P.C., and Hollon, S.P., (Eds.)Cognitive-Behavioral Interventions: Theory, Research and Procedures. New York: Academic Press,.

Marlatt, G. A. (1983). The controlled-drinking controversy: A commentary. ***American Psychologist. 38, 1097—1110.***

Marlatt, G. A., Goldstein, S., & Gordon, J. R. 1984). Unaided smoking cessation: A prospective analysis.

Marlatt, G.A. and Gordon, J.R. (1978). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of behaviour change. In: Davidson, P., ed. Behavioural Medicine: Changing Health Lifestyles. New York: Brunner/Mazel.

Marlatt, C. A., & Gordon, J. R. (1980). Determinants of relapse: Implications for the maintenance of change. In P. O. Davidson & S. M. Davidson (Eds.). Behavioural medicine: Changing health lifestyles (pp. 410—452). Elmsford, NY: Pergamon.

Marlatt, G. A.. & Gordon, J. R. (Eds.). (1985). Relapse prevention:Maintenance strategies in addictive behaviour change. New York: Guilford.

McFall, R.M. (1977). Parameters of self-monitoring. In: Stuart, R.B., ed.Behavioral SelfManagement: Strategies, Techniques, and Outcomes. New York Brunner/Mazel.

McClearn, G. (1981). Genetic studies in animals. *Alcoholism:* ***Clinical and Experimental***

Research, 5, 447—448.

Mermelstern, R., Cohen, S., & Lichtenstein, E. (1983). Psychosocial stress, social support, and smoking cessation maintenance. Paper presented at the annual meeting of the American Psychological Association, Anaheim. CA.

Mermeistein, R. .J.. & Lichtenstein, E. (1983). Slips versus relapses in smoking cessation: A situational analysis. Paper presented at the meeting of the Western Psychological Association, San Francisco.

Miller, P. M. (1980). Theoretical and practical issues in substance abuse and treatment. In W R. Miller (Ed.), The addictive Behaviours: Treatment of alcoholism, drug abuse. smoking and obesity (265—290). New York: Pergamon.

Miller. P. M., & Sims, K. L. (1981). Evaluation and component analysis of a comprehensive weight control programme. ***international Journal of Obesity 5. 57—66.***

Miller, W. R., & Hester, R. K. (1980). Treating the problem drinkerModem approaches. In W.R. Miller(Ed.) The addictive behaviours:Treatment of alcoholism. drug abuse, smoking, and obesity (11— 142). New York: Pergamon.

MOOS, R. H., & Finney, J. W. (1983). The expanding scope of alcoholism treatment evaluation.

American Psychologist, 38. 1036—1044.

Myers. R. D. (1978). Psychopharmacology of alcohol. ***Annual Review of pharmacology and Toxicology. 18. 125—144.***

Nathan, P. E. (1980). Etiology and process in the addictive behaviours. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive* behaviours*: Treatment of alcoholism. drug abuse, smoking, and obesity* (241—264). New York: Pergamon.

Nathan, P.E. (1983). Failures in prevention: Why we can't prevent the devastating effect of alcoholism and drug abuse. ***American Psychologist, 38,459 - 467.***

Nathan. P. E. (1984). Alcoholism prevention in the work place: Three examples. In P. M. Miller & T. E. Nirenberg (Eds.), *Prevention of alcohol abuse(* 235—261). New York: Plenum.

Nathan, P. E.. & Goldman, M. S. (1979). Problem drinking and alcoholism. In O. F. Pomerleau & J. P. Brady (Eds.), Behavioural *medicine:Theory and practice* (255—278). Baltimore. MD: Williams & Wilkins.

Nathan, P.E. & Wiens. A. N. (1983). Alcoholism: introduction and overview. ***American Psychologist. 38, 1035.***

National Institute on Drug Abuse. (1979). *Behavioural*

analysis and treatment of substance abuse. NIDA Research Monograph 25, U.s. Department of Health. Education, and Welfare.

Ockene, J. K. (1984). Toward a smoke-free society. ***American Journal of Public Health. 74. 1198—1200.***

Ockene. J. K., Hymowitz. N.. Sexton. M., & Broste, S. K. (1982). Comparison of patterns of smoking change among smokers in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). ***Preventive Medicine, 11, 621—638.***

Oldridge, N. B.. Donner. A. P., Buck, C. W.. Jones. N. L., Andrew, C. M., Parker, J. O., Cunningham. D. A., Kavanaugh, T. Rechnitzer, P & Sutton. J. R. (1983). Predictors of dropout from cardiac exercise rehabilitation: Ontario exercise-heart collaborative study. ***American Journal of Cardiology. 51. 70—74.***

Ossip-Klein, D.J., Shapiro, R. M., &Stiggins. J. (1984). Freedom Line:Increasing utilization of a telephone support service for ex-smokers.***Addictive Behaviours, 9, 227—230.***

Pechacek, T. P. (1979). Modification of smoking . In Smoking and health: A report of the Surgeon GeneraL DHEW Pub. No. PHS 19-50066,

Washington. DC: U.S. Government Printing Office.

Pechacek, T. P., Mittelmark, M., Jeffery, R. W., Loken. B., & Luepker, R. (1985). Quit and win: Direct incentives for smoking cessation. Manuscript submitted for publication.

Perri. M. C., McAdoo, W. C., Spevak, P. A., & Newlin, D. B. (1984). Effect of a multicomponent maintenance programme on long-term weight loss. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52, 480—481.***

Perri, M. G.. Shapiro, R. M, Ludwig, W. W. Twentyman. C. T, & McAdoo, W. G. (1984). Maintenance strategies for the treatment of obesity: An evaluation of relapse prevention training and posttreatment contact by mail and telephone. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 52. 404—413.***

Pomerleau, O. F. (1984). Reinforcing properties of nicotine: Smoking and induced vasopressin and betaendorphin release. antioception and anxiety reduction. ***Pavlovian Journal of Biological Science, 19, 107.***

Pomerleau, O F., Adkins. D., & Pertschuk, M. (1978). Predictors of outcome and recidivism in smoking cessation treatment. ***Addictive***

Behaviours, 3, 65—70.

Pomaleau, O. F., & Pomerleau. C. S. (1984). Neuroregulators and the reinforcement of smoking: Towards a Behavioural explanation. ***Neuroscience and BioBehavioural Reviews. 8, 503—513.***

Poulos, C. X., Hinson, R. E., & Siegel, S. (1981). The role of Pavlovian processes in drug tolerance and dependence: Implications for treatment. ***Addictive Behaviours. 6, 205 - 212.***

Prochaska, J. 0. (1979). Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis. Homewood. IL: Dorsey.

Prochaska, J. O. (1983). Self-changers versus therapy changers versus Schachter. ***American Psychologist, 37, 853 - 854.***

Prochaska, J. O. & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrated model of change. *Psychotherapy: Theory.* ***Research, and Practice. 19. 276 - 288.***

Prochaska, .1.0., & DiCiemente. C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 51. 390 -395.***

Prochaska, J. O.. & DiClemente. C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, IL:Dow Jones/Irwin.

Rodin. J. (1981). Current status of the internal—external hypothesis for obesity: What went wrong? ***American Psychologist, 36. 361—372.***

Rosen. T. J.. & Shipley, R. H. (1983). A stage analysis of self-initiated smoking reductions. ***Addictive Behaviours, 8, 263—272.***

Sackett, D. L., & Haynes. R. B. (Eds.). (1976). *Compliance with therapeutic regimens.* Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Schachter. S. (1982). Recidivism and self-cure of smoking and obesity. ***American Psychologist, 37, 436—444.***

Schuckitt, M. A. (1981). The genetics of alcoholism. Alcoholism. ***Clinical and Experimental Research. 5. 439—440.***

Shiffman. S. (1982) Relapse following smoking cessation: A situational analysis. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50. 71—86.***

Shiffman, S. (1984). Coping with temptations to smoke. ***Journal of Consuiting and C inical***

Psychology, 52, 261— 7.

Siegel. S. (1979). The role of conditioning in drug tolerance and addiction. In J. D. Keehen (Ed.). Psychopathology in animals: Research and treatment implications. New York: Academic Press.

Simopoulos, A. P., & Van Itallie. T.B. (1984). Body weight, health, and longevity. ***Annals of Internal Medicine. 100. 285—295.***

Stalonas, P. M., Johnson. W. C., & Christ, M. (1978). Behaviour modification for obesity: The evaluation of exercise, contingency management, and programme adherence. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2. 225—235.***

Sternberg, B. S. (1985). Relapse in weight control: Definitions, processes, and prevention strategies. In G. A. Marlatt & 3. R. Gordon (Eds.). Relapse prevention: Maintenance strategies in addictive behaviour change (521—545). New York: Guilford.

Stitzer. M. L., & Bigelow, G. E. (1984). Contingent reinforcement for carbon monoxide reduction: Within-subject effects of pay amount. ***Journal of Applied Behaviour Analysis, 17, 477—484.***

Stockwell. T. R.. Hodgson, R. J., Rankin, H. J., &



Taylor, C. (1982). Alcohol dependence, beliefs, and the priming effect. ***Behaviour Research and Therapy. 20. 513—522.***

Stuart, R. B.. & Guire. K. (1978). Some correlates of the maintenance of weight loss through modification. ***international Journal of Obesity, 2, 225—235.***

Stunkard. A. J. (1986). The control of obesity: Social and community perspectives. In K. D. Brownell & J. P. Foreyt (Eds.), The physiology, psychology, and treatment of the eating disorders. New York: Basic Books.

Stunkard, A. J., & Penick, S. B. (1979). Behaviour modification in the treatment of obesity: The problem of maintaining weight loss. ***Archives of General Psychiatry. 36, 810—816.***

Stunkard. A. J., Sorenson, T I. A., Hanis, C., Teasdale, T. W.. Chakraborty, R., Schull, W. 3., & Schulsinger, F. (1986). An adoption study of human obesity. ***New England Journal of Medicine. 314. 193—198.***

Supnick. J. A., & Colletti, C. (1984). Relapse coping and problem solving training following treatment for smoking. ***Addictive Behaviours. 9. 401-404.***

Sutton, S. R. (1979). Interpreting relapse curves. ***Journal of Consulting and Clinical***

Psychology. 47, 96—98.

Thompson, J.K.. Jarvie. G. J., Lahey, B. B., & Cureton. K. J. (1982). Exercise and obesity: Etiology, physiology, and intervention. ***Psycho logical Bulletin, 91, 55—79.***

U.S. Department of Health and Human Services. (1983). The health?, consequences of smoking: Cardiovascular disease: A report of the Surgeon General Washington, DC: Author.

Vaillant. G.E. (1983). The natural history of alcoholism: Causes, patterns and paths to recovery Cambridge, MA: Harvard University Press..

Vaillant, G. E., & Milofsky, E. S. (1982). The etiology of alcoholism: A prospective viewpoint. ***American Psychologist. 37, 494—503.***

Wadden, T. A., Stunkard, A. J., & Brownell. K. D. (1983). Very Low calorie diets: Their efficacy, safety, and future. ***Annals of Internal Medicine, 99, 675 – 684.***

Wilson. G. T. (1978) MethodologicaI consideration in treatment outcome research on obesity. ***Journal of Consulting and Clinical Psychology,46, 687 – 702.***

Wilson. G. T. (1985) Behaviour therapy for obesity. In A. J. Stunkard (Ed.) Obesity (325 – 344) Philadelphia: Saunders.

فهرس المحتويات

تابع فهرس المحتويات

رقم الإيداع	٢٠٠٦/١٥٩٠٠
I.S.B.N الترقيم الدولى	977-6190-09-X